

**EVOLUÇÃO ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA  
DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

**Curso de Mestrado em Saúde Pública**

**AUTOR: Maria Vaudelice Mota**

**ORIENTADOR: Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes**

**Fortaleza — CE**

**1997**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**  
**CONCENTRAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**

**EVOLUÇÃO ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA**  
**DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

***Autor: Maria Vaudelice Mota***

*Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública, da Universidade Federal do Ceará, área de concentração em epidemiologia, como Requisito Parcial à Obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública.*

**Fortaleza — CE**

**1997**

# **EVOLUÇÃO ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

***Autor: Maria Vaudelice Mota***

*Dissertação apresentada ao Corpo Docente do Curso de Mestrado em Saúde Pública, concentração em epidemiologia, da Universidade Federal do Ceará como Requisito Parcial à Obtenção do Título de Mestre.*

Fortaleza, outubro de 1997.

---

**Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes**

**Presidente**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Juraci M. Cavalcante**

**1<sup>a</sup> Examinadora**

Aprovado por:

---

**Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio**

**2<sup>o</sup> Examinador**

---

**Prof<sup>a</sup>.**

**Suplente**

## RESUMO

As diretrizes do Sistema Único de Saúde apresentam o município como unidade administrativa básica de sua operacionalização. A Secretária de Saúde do Município de Fortaleza vem, desde 1984, direcionando a organização dos seus serviços de saúde em Distritos Sanitários na perspectiva do Sistema Único de Saúde. No período compreendido entre os anos de 1983 e 1994 ocorreram avanços na organização e municipalização dos serviços de saúde desse município. A análise da evolução organizacional da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza, com ênfase nesse período, tem como base leis, decretos, planos de governo, relatórios de atividades e entrevistas com os Secretários Municipais de Saúde. A pesquisa está estruturada em três capítulos: retrospectiva das políticas de saúde no Brasil desde o início do século até a atualidade para contextualizar a análise; evolução organizacional dessa Secretaria desde a sua criação até o ano de 1983 como referência para o período em estudo; análise da evolução organizacional do período 1983/1994; e considerações sobre os avanços organizacionais da Instituição.

## **ABSTRACT**

The guidelines and policies of the BASIC HEALTH SYSTEM in Brazil, introduces each county as an administrative UNIT, which also represents the basis for the implementation and operational functioning of the system itself. Since 1984, the City's Health Department in Fortaleza, Brazil, has been directing the organization of all health services offered according to the model of the BASIC HEALTH SYSTEM, and therefore administering the delivery of services on the basis of HEALTH DISTRICTS. In the period between the years of 1983 and 1984, significant advancements have occurred, in the organization and process of local public health service delivery, adjusting to the model of BASIC HEALTH UNITS. The present paper, analyzes the organizational development of the local public Health Department, of the city of Fortaleza, focusing on the above mentioned period, and based upon laws, local government plans and policies, published annual health department activities reports, and interviews with local Secretary of Health officials. This research report is structured in three major chapters: 1) a retrospective survey on major public health policies and political plans, adopted in Brazil, since the beginning of this century, to set up the background for the present analysis 2) the organizational development, of the local Health Department in Fortaleza, since its onset up to the year of 1983, as a reference to the period focused on this study 3) the analysis of the organizational development observed within the period from 1983 to 1994. Finally, some conclusive considerations are made, on the major organizational advancements in this public institution.

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| INTRODUÇÃO .....  | 8  |
| PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....  | 11 |
| 1 - RETROSPECTIVA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL<br>.....  | 14 |
| 2 - EVOLUÇÃO ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA DE SAÚDE DO<br>MUNICÍPIO DE FORTALEZA: Período Anterior a 1983..... | 35 |
| 3 - EVOLUÇÃO ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA DE SAÚDE DO<br>MUNICÍPIO DE FORTALEZA: 1983 A 1994.....             | 44 |
| O Contexto Político .....   | 44 |
| A Estrutura Organizacional.....   | 45 |
| A Política de Saúde.....  | 46 |
| A Entrevista e o Relatório.....   | 50 |
| PERÍODO: 1986/89.....   | 52 |
| O Contexto Político .....   | 52 |
| A Estrutura Organizacional.....   | 54 |
| A Política de Saúde.....  | 55 |
| A Entrevista e o Relatório.....   | 59 |
| PERÍODO: 1989/1993.....   | 64 |
| O Contexto Político .....   | 64 |
| A Estrutura Organizacional.....   | 66 |
| A Política de Saúde.....  | 68 |
| O Discurso e o Relatório .....  | 69 |
| PERÍODO: 1993/94.....   | 74 |
| O Contexto Político .....   | 74 |
| A Estrutura Organizacional.....   | 76 |

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| A Política de Saúde.....            | 77 |
| A Entrevista e o Relatório.....     | 79 |
| 4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS .....      | 82 |
| 5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 88 |
| ANEXOS                              |    |

## INTRODUÇÃO

Nossa intenção com o presente estudo é fazer uma análise da evolução organizacional da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza, com ênfase no período de 1983 a 1994, fase na qual teve início, nesta capital, a municipalização das ações de saúde pública.

A proposta de municipalização dos serviços de saúde, no Brasil, remonta ao período imperial (RODRIGUES, 1979). No entanto, a descentralização, como estratégia para a municipalização dos serviços de saúde, somente foi incorporada ao discurso político do Governo a partir de 1979, com a realização, pela Câmara dos Deputados, do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde.

No decorrer da década, a proposta de municipalização dos serviços (1980/90) de saúde ganham força e se transformou numa das principais estratégias, na busca de um sistema de saúde mais eficiente e eficaz.

A descentralização administrativa e o fortalecimento do novo papel do Governo municipal têm sido muito discutidos e debatidos nos últimos anos (CAMPOS, 1992; MENDES, 1993; PAGANINE:1995).

A proposta de reformulação do Sistema de Saúde situa o município no papel central desse processo, sendo considerada a sua unidade administrativa básica. Nessa perspectiva, o município é parte da estratégia para reorganizar e reorientar o setor saúde, no sentido de se alcançar a equidade, a eficácia e a eficiência social, (PAGANINE,1995) segundo as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Fortaleza vem, ao longo dos anos, apresentando transformações na organização de seus serviços de saúde. Desde 1984, o Município, ao aderir ao Programa das Ações Integradas de Saúde vem se integrando às propostas de reorganização dos serviços de saúde, em consonância com as políticas públicas de saúde no plano nacional.

Por sua própria iniciativa reorganizou, em 1987, embora de forma informal, os seus serviços de saúde, com base territorial na perspectiva dos



distritos sanitários, aderindo ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde/SUDS.

No ano de 1990, os distritos sanitários foram criados legalmente compondo a estrutura administrativa da Secretaria da Saúde do Município de Fortaleza.

A partir de 1992, este Município assumiu a gerência de toda a rede ambulatorial pública, aumentando significativamente o número de estabelecimentos básicos de saúde sob sua responsabilidade.

A Secretaria da Saúde do Município de Fortaleza, frente a esses avanços, recebeu, nesse período, apoio da Organização Pan-Americana de Saúde/OPS, para a introdução de inovações, no sentido de fortalecer a organização de seus serviços com base nos distritos sanitários.

Contudo, esses avanços não se fizeram acompanhar de uma análise ou até mesmo de registros mais sistematizados que permitam uma avaliação comparativa com outras experiências semelhantes. Por assim ser, entendemos oportuna uma abordagem da forma como essas transformações vêm ocorrendo.

O trabalho aqui desenvolvido é resultado de pesquisa e também de algumas reflexões de nossa vivência como servidora da Secretaria de Saúde Município de Fortaleza. Nessa condição, ocupamos diversas funções administrativas e, de tal forma, esse trabalho também constitui a materialização de uma aspiração maior, surgida como necessidade de legitimar as observações coletadas ao longo desses anos.

Nesse sentido, foi realizado um levantamento histórico da criação da Secretaria da Saúde do Município de Fortaleza, enfocando sua evolução organizacional nos diferentes momentos políticos.

O trabalho de reconstituição histórica foi alvo de algumas alterações no decorrer da pesquisa, de vez que a atenção inicial estava voltada para o período compreendido entre os anos de 1983 e 1994. No entanto, à medida que documentos relativos a essa Instituição eram localizados, esforço adicional era desenvolvido na busca de outras informações complementares a essas.

As informações conseguidas permitiram, não resta dúvida, uma reconstituição da história dessa Instituição, desde a sua criação, suficiente para uma visão global de sua evolução.

Em sendo assim, este estudo propõe-se analisar a evolução da Secretaria da Saúde do Município de Fortaleza, com ênfase no período de 1983 a 1994, frente aos seguintes objetivos:

- Contextualizar historicamente a Secretaria da Saúde do Município de Fortaleza/SSMF.
- Identificar as políticas públicas de saúde do período.
- Descrever a estrutura organizacional da SSMF.
- Descrever os serviços e ações de saúde da SSMF no período estudado.

No Capítulo 1, através de uma revisão de literatura, é traçado um quadro de referência sobre a evolução das políticas públicas de saúde no Brasil desde o início do século até a época atual, de modo a contextualizar historicamente a evolução organizacional da Secretaria da Saúde do Município de Fortaleza.

No Capítulo 2, tendo como fontes principais documentos primários, leis e decretos, complementados por criteriosa revisão de literatura, são enfocados os antecedentes históricos da Secretaria da Saúde do Município de Fortaleza, como referência para análise do período em estudo.

No Capítulo 3, baseou-se o trabalho em fontes documentais primárias, leis, decretos, planos de ação de governo, relatórios de atividades e estruturas organizacionais, complementados com entrevistas com os secretários municipais de saúde, permitindo-se com isso a demarcação e análise dos distintos períodos entre 1983 e 1994.

No Capítulo 4 são feitas as considerações finais, com destaque para os principais aspectos da evolução da Secretaria da Saúde do Município de Fortaleza, do ponto de vista organizacional.

Em anexo, incluímos as entrevistas e ainda as leis e decretos, geralmente de acesso difícil aos pesquisadores.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata o presente estudo de uma pesquisa histórica, que teve como base dados e informações contidos em documentos oficiais – leis, decretos, planos de ação e relatórios de atividades. Foi utilizado também o recurso entrevista aberta (HAGUETTE, 1992; MINAYO, 1996) com todos os secretários municipais de saúde do período analisado.

Inicialmente, procedemos ao levantamento dos documentos oficiais na Câmara de Vereadores, Arquivo Central da Prefeitura Municipal de Fortaleza, Imprensa Oficial do Estado e do Município, Instituto de Planejamento Municipal e arquivos da Secretaria Municipal de Saúde.

O levantamento das leis e decretos foi feito, inicialmente, no arquivo da Câmara dos Vereadores, onde foram localizados e fotocopiados os textos mais recentes. Aqueles relativos à criação e primeira reestruturação da Secretaria foram encontrados na Imprensa Oficial do Estado. A pesquisa desenvolvida no Arquivo Central da Prefeitura se constituiu de várias visitas a esse órgão, tendo sido um trabalho realizado com dificuldades, uma vez que os *diários oficiais* estão encadernados em vários volumes, tornando-se necessário folhear todos aqueles relativos ao período em estudo, para a identificação das leis e decretos pertinentes à pesquisa.

Observamos não existir preocupação com a conservação destes documentos, porquanto muitos se encontram amontoados e empoeirados. Algumas leis não foram localizadas em razão de alguns *diários oficiais* terem sido extraviados, segundo informações dos servidores responsáveis. Mesmo assim, pesquisamos ainda no arquivo do Gabinete do Prefeito, onde foi confirmado o extravio dos mencionados documentos.

Consoante o exposto, é fácil verificar que o levantamento de documentos legislativos não se constituiu uma tarefa simples, decorrente do descaso em relação à organização e conservação do acervo.

A etapa seguinte constou de entrevistas com os secretários municipais de saúde. De princípio, foram identificados os gestores de cada período e realizados

os primeiros contatos, de forma pessoal ou por telefone. Nesse momento, eles foram cientificados do objetivo da pesquisa, oportunidade em que asseguraram sua participação no trabalho, sendo agendados encontros em locais segundo suas conveniências.

Aplicamos a entrevista, com todos os secretários municipais de saúde do período de 1983 a 1994. As entrevistas foram gravadas, com a permissão de todos os entrevistados e duraram, em média, 2 horas. Apenas para um dos secretários aconteceram dois encontros. Tais entrevistas foram transcritas pela pesquisadora e enviadas cópias aos entrevistados para que manifestassem sua concordância ou não, e a conseqüente autorização de uso na elaboração do presente ensaio.

Após o levantamento de documentos e informações, seguido da realização das entrevistas, procedemos à análise e ordenamento cronológico dos conteúdos obtidos.

O estudo foi dividido em dois períodos históricos. O primeiro anterior a 1983, e o segundo, compreendendo a fase entre 1983 e 1994.

Tomamos como ponto de corte para a nossa periodização, a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), a partir de 1983. Pensamos que, a política em causa pode ser considerada o início da incorporação do Município no planejamento e desenvolvimento de ações mais abrangentes de saúde pública, na história recente das instituições de saúde no Brasil. De fato, observa-se ter sido a partir de 1983, com a proposta das Ações Integradas de Saúde (AIS), que se percebeu alguma repercussão das políticas públicas de saúde, no plano local, dentro da proposta racionalizadora do ex-Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Só a partir daí, o município foi incorporado efetivamente à agenda das políticas de saúde.

No estudo compreendido entre 1983 a 1994, o trabalho está estruturado segundo os vários períodos administrativos. Partimos do pressuposto de que os dirigentes da SSMF desempenham suas funções com algum grau de consonância com as políticas públicas de saúde, o que é passível de verificação, primordialmente, através dos planos de trabalho e relatórios de desempenho correspondentes aos respectivos períodos.

O conteúdo das entrevistas foi analisado, retirando-se de suas exposições às informações que estavam a guardar coerência com os objetivos, prioridades, conhecimento da realidade, existência de plano de trabalho e conhecimento das políticas públicas.

Os entrevistados estão relacionados de acordo com a ordem cronológica do exercício da função de Secretário Municipal de Saúde:

- Carlos Éfren Lustosa da Costa: janeiro/1983 a janeiro/1986;
- Manoel Dias da Fonseca Neto: janeiro/1986 a novembro/1986;
- Domingos Leitão Neto: março/1987 a fevereiro/1988;
- Antônio José Silva Lima: fevereiro/1988 a janeiro/1989;
- Anamaria Cavalcante e Silva: janeiro/1988 a abril/1989;
- Abner Cavalcante Brasil: abril/1989 a janeiro/1993;.e
- Raimundo Coelho Bezerra de Farias: janeiro/1993 a março/1994.

## RETROSPECTIVA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

A situação de saúde no Brasil, até o final do século XIX, caracterizou-se pelo predomínio das doenças pestilenciais e nesse contexto a organização dos serviços de saúde, comparada com a atual, apresentava-se muito precária. A assistência médica à população pobre e indigente era oferecida pelas instituições filantrópicas e beneficentes, COSTA, 1985).

A partir do início do século XX, o desenvolvimento da saúde pública significou a adoção de novas práticas, fundamentadas na bacteriologia e na microbiologia, em substituição à teoria dos miasmas, até então vigente. A organização dos serviços de saúde passou a ser voltada para o modelo etiológico, tendo como base o controle de vetores. Mesmo assim, até 1930, não se observa claramente uma política nacional de saúde, a não ser uma preocupação isolada com uma ou outra enfermidade (COSTA, 1985).

Contudo, a criação do Departamento Nacional de Saúde, no âmbito federal, em 1920, significou, segundo COSTA (1985), a ampliação da ação da iniciativa pública sobre os problemas de saúde da população. Para LUZ (1978), esta expansão teve como resultado, a ampliação do grau de interferência e decisão do Estado nas questões de saúde da população, configurada pela sua atuação, em áreas de saneamento urbano e rural da higiene industrial e, especialmente, dos serviços de atendimento à higiene materno-infantil, além de assumir diretamente as ações de combate às endemias rurais. BRAGA (1986) Anota que a saúde pública no Brasil somente passou a se constituir questão social no decorrer da década de 1920, de forma conjunta com a ordenação da economia capitalista que, nessa época, ultrapassou os seus próprios limites em relação à primeira fase de acumulação, após a economia cafeeira haver atingido o auge. Esse processo refletiu-se na aceleração da urbanização e no desenvolvimento industrial.

Nesse quadro, mesmo com a definição oficial das atribuições do Departamento Nacional de Saúde, os problemas de saneamento rural e urbano continuaram sob a responsabilidade dos municípios, mas o “arcabouço

institucional e o discurso político começavam a apontar na direção da centralização e da transformação da saúde em questão nacional” (BRAGA,1986).

Com vistas a atrair mão-de-obra, relativamente escassa frente aos baixos salários e péssimas condições de trabalho, a elite econômica do País tomou por necessária a promoção da imigração estrangeira e, nesse sentido, foram desenvolvidas, por iniciativa pública e também privada, ações de higiene e de saúde pública. Em alguns casos, eram adotadas medidas de proteção e recuperação da saúde do trabalhador, através de benefícios e auxílios previdenciários.

Não obstante, até 1930, a maior parte dos assalariados, excluídos de tais benefícios, sofria os efeitos de uma assistência médica bastante limitada, a qual era oferecida pelos serviços públicos, bem como se via levada a recorrer, quando isso era possível, aos serviços de profissionais liberais e, inclusive, a outras formas de medicina alternativa (GARCIA, 1984).

No governo Vargas, a industrialização passa a requerer uma modernização do sistema administrativo. Podemos assegurar que se buscava um novo perfil econômico, não dependente exclusivamente da produção e exportação do café, mas marcado pela preocupação com as condições de reprodução do sistema, onde o trabalhador seria peça fundamental e não somente objeto de exploração.

Nessa perspectiva é que foram criados, em 1930, os Ministérios do Trabalho e de Educação e Saúde. Para BRAGA (1986), a criação do Ministério da Saúde e Educação significou, contudo, um processo de centralização no plano da política de saúde e a redução de autonomia dos diversos estados.

O Ministério da Educação e Saúde, criado nesse ano, era composto pelos Departamentos Nacionais de Educação e de Saúde e, em 1934, o Departamento Nacional de Saúde passou a ser denominado Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, ocorrendo, simultaneamente, a criação de várias Diretorias e Serviços, dentre as quais a Diretoria de Assistência Hospitalar e a Diretoria Sanitária Internacional. É importante observar que, até essa data, a ação sanitária federal atuava apenas na Capital Federal (rio de Janeiro) e em pontos isolados da República.

A prática das campanhas sanitárias foi retomada em 1935 e, a partir de então, passaram estas a constituir elemento central da institucionalização das ações de saúde pública, centralizadas e caracterizadas como nacionais.

Em 1937, o Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médica assumiu a coordenação e regulamentação dos Departamentos Estaduais de Saúde, passando estes a funcionar de modo uniformizado, estabelecendo-se um padrão nacional de organização (BRAGA,1986). Paralelamente, foram criados, em convênio com a Fundação Rockefeller, o Serviço Nacional de Febre Amarela e o Serviço de Malária do Nordeste.

No ano de 1941, o Departamento Nacional de Saúde, em face da reorganização do Ministério da Educação e Saúde, incorporou vários serviços já a exemplo do Serviço Nacional de Febre Amarela e o Serviço de Malária do Nordeste, assumindo, além do mais, o controle da formação de técnicos em saúde pública.

Segundo LUZ (1978), a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1942 — também sob o patrocínio técnico e financeiro da Fundação Rockefeller — representou uma ampliação significativa dos recursos assistenciais no País, cobrindo áreas carentes e, naquele momento, também estratégicas para o desenvolvimento, do ponto de vista econômico e militar.

No ano de 1948, o Plano SALTE abordou a saúde como prioridade, o que significou que a questão social passava a ocupar um lugar privilegiado no discurso oficial. No entanto, certas barreiras estruturais de organização social do Brasil, segundo BRAGA (1986), sempre comprometiam a efetivação de soluções pertinentes ao quadro de demanda de saúde por parcelas majoritárias da população, uma vez que, em nenhum momento, a saúde pública foi opção prioritária da política de gastos do Governo. Esse fato, efetivamente, foi agravado pelos elevados custos financeiros do modelo sanitário adotado.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, o que, sem dúvida, tornou mais clara a importância dada pelas autoridades governamentais à Saúde Pública. Entretanto, para RODRIGUES (1979), essa decisão não passou de uma ação legal no sentido de promover, simplesmente, a dicotomização das ações sociais básicas em saúde e educação. O recém-criado Ministério da Saúde



manteve basicamente a estrutura do extinto Departamento Nacional de Saúde, tratando de ampliar o número de doenças sob seus cuidados, a saber: ancilostomose, bócio, boubá, brucelose, doença de Chagas e tracoma (BRAGA, 1987).

O Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), criado em 1956, centralizou os serviços de combate às enfermidades endêmicas. Nesse quadro, é importante ressaltar que o Serviço Especial de Saúde Pública somente foi incorporado ao Ministério da Saúde em 1960, ainda assim sob a forma de Fundação.

RODRIGUES (1979) refere-se às sucessivas alterações na estrutura organizacional do Ministério da Saúde, como uma tentativa de “ajustá-lo às suas reais responsabilidades, sem alcançar os êxitos colimados, por serem feitas ao alvedrio de pessoas ou de interesses meramente políticos”.

Para BRAGA (1986), as tentativas de ampliar o atendimento em saúde pública estavam inscritas, de um modo orgânico e articulado, nas mudanças econômicas daquela época, incluindo-se a aceleração dos movimentos migratórios internos e a acentuação do processo de urbanização. Tais processos podia ser constatado pela elevação do índice de crescimento da população urbana no período de 1950/60, com indicação de 67,9% para a região Nordeste, 66,6% para a região Sudeste e 70,3% para todo o País.

A par disso, ao mesmo tempo em que ocorreram expansões e entraves no aparato administrativo do Estado, o padrão da política de saúde passa a ser questionado nessa mesma década, por atribuir ao próprio desenvolvimento industrial a capacidade de resolver os problemas sociais. A bem da verdade, desde os anos 40, já era posto em xeque esse padrão de política, *conhecido como o círculo vicioso da pobreza e da doença*, em que a doença era considerada como a causa básica da pobreza, e mais, eram comparados os níveis de doenças dos chamados *países pobres* aos dos *países ricos*, concluindo-se que bastava gastar e montar estruturas econômicas semelhantes para alcançar, no plano social, os mesmos níveis de saúde. Outro debate que surge nesse período está relacionado à questão administrativa, particularmente naquilo que diz respeito à centralização ou descentralização da estrutura sanitária.

Malgrado o fato, como que alheia a essa discussão, a ação governamental conduz o processo de modo a promover a centralização das decisões no âmbito federal.

Na III Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1963, documento oficial afirmava, em forma de autocrítica, que essa centralização na saúde pública acentuou em demasia sua ingerência nos Estados, indo além das atribuições normativas, supletivas e coordenadoras para a “ação executiva direta e, muitas vezes, intempestiva” (LUZ, 1978). A esse respeito, ainda LUZ (1978) assim se refere: “O advento das *Campanhas* agravou o problema, estabelecendo-se, praticamente, uma estrutura executiva própria, despendiosa e quase desvinculada das organizações estaduais”.

Muito embora esse debate em torno do *eixo desenvolvimentista* tenha, de fato, concedido prioridade ao crescimento econômico, por considerá-lo capaz de impulsionar políticas sociais mais claras e efetivas que levassem necessariamente a uma melhoria no nível de saúde da população, o problema sanitário recebeu, na realidade, poucas alterações. A partir dos anos 60, observa-se até mesmo um declínio relativo dos gastos com saúde pública e medicina previdenciária (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986).

As ações de saúde tiveram continuidade sob a forma de campanhas sanitárias e, mais ainda, as questões da saúde pública eram tratadas simultaneamente por vários ministérios e autarquias, tendo como resultado a pulverização de recursos financeiros e a dispersão de pessoal técnico (RODRIGUES, 1979).

Em termos políticos, o período compreendido entre os anos 30 e 50 é caracterizado como de ascendência e hegemonia do Estado populista. Nessa época, surgem os institutos de aposentadorias e pensões (IAPs), organizados por categorias profissionais que favoreciam os trabalhadores mais organizados, constituindo, para LUZ (1991), “pontes para o mundo urbano-industrial em ascensão econômica na sociedade brasileira de então”.

A de industrialização, a partir da década de 1950, estabeleceu o desvio do pólo econômico para os grandes centros urbanos e determinou o aumento do número de trabalhadores carentes de um sistema de saúde. A assistência à

saúde estaria subordinada, a partir daí , a uma nova ordem: *a manutenção e restauração da capacidade produtiva do trabalhador*. Como conseqüência, o sanitarismo campanhista deveria ser substituído por um novo modelo assistencial, que atendesse à nova ordem do sistema capitalista.

Para OLIVEIRA e TEIXEIRA (1986), a rápida urbanização foi uma decorrência da industrialização e fez surgir expectativas de consumo próprias dos centros urbanos, somadas a uma deterioração das condições de vida nesses centros e conseqüente necessidade de atenção médica pelos trabalhadores. Assim sendo, o Estado precisaria reorientar suas relações com a sociedade em geral, e as classes de trabalhadores em particular e, nesse sentido, tornava-se característico da ação governamental do período o afastamento progressivo dos trabalhadores da gestão tripartite que caracterizara os institutos previdenciários.

O período de 1964 a 1984 compreende os vinte anos de ditadura militar e é, nesse contexto, que ocorre a substituição dos IAP's pelo Instituto Nacional da Previdência Social, em 1966, conformando um modelo assistencial privativista.

É interessante ressaltar que o rompimento do modelo populista, com a implantação do regime militar, não alterou a tendência, já consolidada, de incrementar a política assistencialista da previdência social.

Para LUZ (1991), a conjuntura do *milagre econômico*, no período de 1967 a 1974, permitiu, em relação à saúde, a reorganização dos traços institucionais do sanitarismo campanhista e do modelo curativo da atenção médica previdenciária, do período populista.

Paralelamente, essa época foi fortemente marcada pela centralização e concentração do poder institucional, aliando o campanhismo e o curativismo numa estratégia visível de opção pela via da mera “medicalização” social. O autoritarismo típico dessa fase foi forjado por atos institucionais e outros decretos presidenciais que modificaram a Constituição naqueles aspectos relativos aos direitos de cidadania, estratégia que repercute no controle dos poderes Legislativo e Judiciário (LUZ, 1991).

A política econômica, base do *milagre brasileiro*, preconizava um crescimento acelerado com uma elevada taxa de produtividade. Embora esse

crescimento tenha ocorrido num contexto de baixos salários para a grande maioria dos trabalhadores, favoreceu com altos salários e incentivos, os trabalhadores especializados, os técnicos e os quadros superiores dos setores de ponta da economia. Esse fato possibilitou o aumento de consumo desses setores e, dessa forma — com a difusão da ideologia do consumo — a saúde passou a ser vista também como um bem de consumo (LUZ, 1991).

Sob esse enfoque, houve, portanto, no período de 1966 a 1974, uma tendência de consolidação da universalização de cobertura pela previdência social, com exceção dos trabalhadores do mercado informal, segundo OLIVEIRA e TEIXEIRA (1986), através das seguintes medidas:

- integração ao INPS dos seguros relativos a acidentes de trabalho (1967);
- criação do PRORURAL, em 1971, com destinação de fundos específicos para manutenção do FUNRURAL, estendendo efetivamente a previdência aos trabalhadores rurais;
- extensão dos benefícios previdenciários às empregadas domésticas, em 1972;
- extensão dos benefícios previdenciários aos trabalhadores autônomos.

Ao lado da expansão da assistência previdenciária, observa-se pouca importância às medidas de saúde pública, executadas tradicionalmente pelo Ministério da Saúde.

OLIVEIRA e TEIXEIRA (1986) destacam quatro características desse período:

- 1 extensão da cobertura previdenciária para a quase totalidade da população urbana e parte da população rural;
- 2 privilégio da prática médica curativa, individual e assistencialista, em detrimento das medidas de saúde pública, preventivas e de interesse coletivo;

- 3 criação de um complexo médico-industrial, com a intervenção do Estado, propiciada por intermédio da previdência social; e responsável pelas elevadas taxas de acumulação do capital das grandes empresas monopolistas internacionais, nas áreas de equipamentos médicos e produção de medicamentos;
- 4 desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica, voltada para a lucratividade do setor saúde, favorecendo a capitalização da medicina e o privilegiamento do produtor privado dos serviços de saúde.

Tais características expressam bem a prioridade dada, através das ações de governo, ao crescimento econômico, “às custas de uma grande concentração de renda e em clima de permanente repressão às classes dominadas” (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986). Por outro lado, a expansão dos serviços contratados não se fez acompanhar do necessário controle sobre as contas desses serviços, criando-se condições favoráveis para a corrupção que, por volta de 1974, atingiu níveis bastante significativos, comprometendo o equilíbrio financeiro da previdência social.

Por essa época, diminuíram, em muito, as verbas destinadas à saúde pública e a previdência caminhava para a falência. Para LUZ (1991), “a imagem da medicina, como solução miraculosa para as más condições de vida da população, começou a ser socialmente percebida como miragem, a ser publicamente desmascarada”.

Natural seria que, nessa conjuntura, surgisse grande insatisfação popular, expressada nas eleições de 1974, com a vitória do partido de oposição ao Governo, em muitos estados da Federação.

A partir de 1974, são realizadas várias reformulações administrativas que vão trazer implicações diretas e indiretas para as políticas públicas de saúde, tais como:

“ criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, em junho de 1974, com atendimento voltado para a assistência médico-assistencial individualizada:

a criação do Conselho de Desenvolvimento Social, em outubro de 1974, para assessorar o Presidente da República na formulação da política social;

a criação da Empresa de Processamento de Dados da Previdência (DATAPREV), como mecanismo de controle da compra de serviços;

a implantação do Plano de Pronto Atendimento (PPA), como forma de universalização da cobertura de atendimento de urgência;

a criação do Sistema Nacional de Saúde, em julho de 1975;

a criação do Sistema Nacional de Previdência Social, em 1977.” (MENDES, 1991).

No que diz respeito a criação do Sistema Nacional de Saúde, constituiu-se esta uma tentativa de aproximar a prática de saúde pública com a Medicina previdenciária, aliada a uma proposta de descentralização administrativa e regionalização da assistência sanitária.

Para OLIVEIRA e TEIXEIRA (1985), a Lei do Sistema Nacional de Saúde apresentava ambigüidades e incoerências que a inviabilizaram na prática, uma vez que “a ênfase nas medidas coletivas de saúde, em um contexto de hegemonia da prática médica curativa, parece estranha, até que entendamos que as medidas coletivas destinam-se a conter a demanda que não está podendo mais ser absorvida pela medicina curativa”.

É inegável que, a partir daí, abre-se um espaço para retomada das medidas de saúde pública, muito embora limitadas e sem ameaçar a opção anterior pela prática médica individual e curativa.

O fato de a prestação da assistência médica estar, em sua grande maioria, sob o domínio da iniciativa privada, não só impediu a integração do Sistema, como dificultou a sua proposta de descentralização e regionalização. Também não houve alteração significativa na estrutura financeira do Sistema, razão pela qual seria improvável que ocorressem mudanças consideráveis na rede de serviços.

Na realidade, a Lei nº 6.229 obteve regulação apenas em aspectos parciais, não determinando, portanto, alterações significativas no modelo assistencial.

Para MENDES (1904), a lei que criou o Sistema Nacional da Previdência, a Constituição de 1967/69 e a Lei nº 2.229, que criou o Sistema Nacional de Saúde, definiram a base jurídico-legal do sistema de saúde vigente nos anos 70 e constituíram as bases favoráveis à hegemonização do modelo médico-assistencial privatista, próprio da década de 1970, assim caracterizado:

- “a) O Estado como o grande financiador do sistema através da Previdência Social;
- b) O setor privado nacional, como o maior prestador de serviços de atenção médica;
- c) O setor privado internacional, como o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos” (MENDES, 1993).

O fim do *milagre econômico*, a partir da segunda metade da década de 1970, apresentou um quadro econômico de grandes dificuldades, quer no plano nacional, quer no plano internacional. Esse quadro, somado a uma insatisfação popular pela deterioração das condições de vida da população, por sua vez agravada pela exclusão de significativas parcelas populacionais do sistema de saúde, praticamente obriga o País a uma abertura política, sinalizando, inclusive, a entrada em cena de novos atores sociais, preparados para lutar pelo resgate da grande dívida social acumulada no período autoritário.

Dentro desse contexto é que surgem o que MENDES (1993) denomina de “políticas compensatórias”, ou seja, um certo arranjo político-administrativo revelado da maneira que o Estado encontrara para enfrentar as exigências político-ideológicas de expansão das políticas sociais e o aumento de custos num ambiente de crise fiscal. De tal modo, surge “a proposta da atenção primária de saúde”, em consonância com as proposições da Conferência Alma Ata (OMS, 1976), prevalecendo, no Brasil, a compreensão simplificada da atenção primária, voltada para os grupos de riscos e procedimentos de baixo custo.

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), criado em agosto de 1976, apresenta-se como o primeiro plano de medicina simplificada, no plano federal. Contudo, vale salientar que, naquele difícil quadro político, esse Programa foi dirigido por técnicos que acumularam experiências em alguns projetos-pilotos de Medicina comunitária. Para MENDES (1991), isso significou a entrada, na máquina do Estado, de técnicos oriundos do *movimento sanitário*, fato importante para a configuração que as políticas públicas de saúde iriam tomar nos anos 1980.

O momento foi propício para que o Plano Nacional de Desenvolvimento Social ( OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986) surgisse como uma estratégia de política social, afirmada pelo Presidente da República, em sua proposta de distensão, prioritária em relação à política global.

No Plano ora referido, os campos de atuação do Ministério da Saúde são definidos como “de caráter eminentemente normativo, com ação executiva preferencialmente voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária”, enquanto que o Ministério da Previdência e Assistência Social, teve a sua “atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado”.

Vale destacar o fato de que, somadas às péssimas condições de vida da população, a política centralizadora, privatizante e ineficaz — fruto do regime militar — produziu uma situação de crise social, em meio a qual os serviços de saúde surgem como o cerne da crise política de então.

Dessa forma emergem, simultaneamente, diversos movimentos sociais articulados, buscando definir estratégias de questionamento e de mudança das políticas sociais. Inúmeras foram às denúncias ocorrentes, relativas à má qualidade dos serviços médicos, crescendo em conseqüência dos movimentos contestatórios em saúde.

Como resultado dessa situação, o final da década de 1970 e o início dos anos 80 foram marcados pela fase de agitação centrada nas questões de saúde, tendo à frente sindicatos, partidos políticos e movimentos sociais comunitários.



No âmbito das políticas sociais, o período de 1980 a 1983 ficou conhecido como o da *crise da Previdência*. Embora essa crise tenha começado desde a implantação do modelo previdenciário, é nesse período que ela eclode, principalmente em função da queda dos salários reais e da redução do crescimento de empregos, criando impacto na receita previdenciária (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986/CORDEIRO, 1991).

No ano de 1980, foi formulado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), elaborado por técnicos dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social. Esse projeto visava à reestruturação e à ampliação dos serviços de saúde, abrangendo também as áreas de saneamento e habitação. Incorporava ainda as propostas racionalizadoras, há muito defendidas por intelectuais e organizações internacionais, em oposição à política adotada pelo governo. Apresentava como pressupostos básicos a extensão de cobertura em áreas carentes, a hierarquização do atendimento e a atenção primária como porta de entrada para o sistema. Propunha ainda a integração dos serviços por nível de complexidade, independente de pertencer ao setor público ou privado, a regionalização do atendimento, a participação comunitária e a utilização de técnicas simplificadas para ampliar os recursos existentes.

O posicionamento dos diferentes grupos envolvidos no setor saúde, frente aos debates realizados em torno do PREV-SAÚDE, explicitou as relações de poder no interior da área da saúde. Documento produzido, nesse sentido não foi assumido pelo governo e nem sequer chegou a ter uma versão acabada, passando por várias alterações no decorrer de sua apresentação, espelhando as contradições vividas pela sociedade brasileira, naquele momento.

Para OLIVEIRA e TEIXEIRA (1986), esse primeiro momento do período de 1980/83 caracterizou-se como o momento da crise ideológica do sistema previdenciário. O segundo momento, o da *crise financeira*, tem sua expressão na criação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), quando se afirma que, na verdade, a chamada *crise previdenciária* foi a eclosão de uma crise estrutural que vinha se agravando em função do regime de exceção do País, nas duas últimas décadas.

As opções e propostas para o enfrentamento da crise contemplavam uma série de medidas, na busca de maior equidade para o sistema previdenciário e reorientação da assistência médica, através do fortalecimento do setor público.

A proposta da reorientação da assistência médica foi consubstanciada na criação do CONASP, através do decreto presidencial nº 86.329/81, de 2 de setembro de 1981, que teria como “finalidade principal estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária, assim como indicar a necessária alocação de recursos financeiros ou de qualquer outra natureza, indispensáveis à operação da referida assistência”; por sua conta, caberia ainda propor “medidas de avaliação e controle para o sistema da assistência médica”. A criação do CONASP foi uma forma de o governo reconhecer que o sistema vigente, de prestação de serviços, precisava ser reformulado.

No ano de 1982, o CONASP propôs o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, que aprovado, se tornou política institucional pela portaria nº 3.062, de 23 de agosto de 1983. Dito plano apresentava como objetivos básicos a recuperação operacional do setor público, o aumento da eficiência e da qualidade, a racionalização do sistema como estratégia para a redução de custos, a criação de instrumentos de gerenciamento para melhor previsão do orçamento e extensão de cobertura aos trabalhadores rurais.

O Plano de Reorientação da Assistência Médica à Saúde, no âmbito previdenciário, abordava a gravidade das condições de vida da população brasileira em função do crescimento demográfico, de distribuição de renda e do nível de vida, ao mesmo tempo em que reconhecia a incapacidade do setor saúde para enfrentar todas essas causas e equacionar suas manifestações sem um redirecionamento das políticas econômicas e sociais. Reconhecia, ainda, a dificuldade em apontar medidas drásticas para enfrentar as distorções do modelo assistencial vigente, dado o grande número de instituições envolvidas e interesses em disputa, frente à perspectiva de polarização entre grupos organizados, principalmente num momento de abertura política.

Não obstante, em face da necessidade urgente de reformulação do modelo assistencial, é proposto o redirecionamento, com firmeza de condução, direção e diretrizes bem-definidas. Entendido, dessa forma, o processo permitiria avanços técnicos e políticos graduais e seguros. A ênfase era definida no aumento da produtividade dos serviços públicos na superação de sua ociosidade, com destaque para a importância da articulação que deveria ocorrer entre os Governos estadual e municipal, na perspectiva de uma futura integração global do setor saúde no País.

Estava demonstrado, na própria proposta do CONASP, que se visava fundamentalmente a enfrentar a crise financeira da previdência social, ao pretender “melhoria de qualidade da assistência à saúde prestada à população, pelo INAMPS, direta ou indiretamente...”, através do estabelecimento normativo de padrões de remuneração dos procedimentos em saúde. No entanto, apresentava também como objetivos a “cobertura assistencial, em igualdade de condições, a toda a população rural e urbana”, reconhecendo “a responsabilidade do Estado sobre a política e o controle do Sistema de Saúde”, na busca dos resultados esperados.

Dentre as proposições gerais do Plano, destacavam-se:

- “a) a hierarquização dos serviços de saúde, públicos e privados, de acordo com sua complexidade, com mecanismos de referência e contra-referência, obedecidas as características locais; e
- b) a vinculação da clientela (domicílio sanitário) aos serviços básicos de saúde de sua área (ambulatórios de nível primário), de cuja referência dependerá o acesso aos demais níveis.”

A proposta operacional desse plano concretizou-se no Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), posteriormente denominado Ações Integradas de Saúde (AIS), que deveriam ser executadas de forma tripartite pelo MPAS/INAMPS, Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde.

A Resolução nº 6 da CIPLAN, de 20 de junho de 1984, apresentava as normas gerais das Ações Integradas de Saúde, assim definidas: “As Ações Integradas de Saúde (AIS) constituem a estratégia de integração programática

entre as instituições de saúde pública federais, estaduais e municipais e demais serviços de saúde, a nível de Unidade federada, com vistas ao desenvolvimento dos Sistemas Estaduais de Saúde em consonância com a Política Nacional de Saúde”. Definia ainda a participação do nível federal através do MPAS/INAMPS/CEME; MS/INAM/SESP/SUCAM e MEC/universidades federais/hospitais universitários; do nível estadual através do Governo do Estado/Secretarias estaduais/fundações ou assemelhados; e ainda: prefeituras municipais/secretarias municipais de saúde ou serviços de saúde; Instituições de ensino superior estaduais e municipais e outras entidades públicas, filantrópicas ou não, do setor saúde ou do setor de educação, caso fossem necessárias à adequada operacionalização.

As AIS significavam o início de uma coordenação interinstitucional e gestão colegiada, através da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) formada pelos Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social, e Educação e Cultura (posteriormente incorporado o Ministério do Trabalho), e das comissões interinstitucionais estaduais (CIS), regionais (CRIS), municipais (CIMS) e locais (CLIS).

Para CORDEIRO (1991), esse novo tipo de administração era “assimétrica com maior soma de poder ao órgão que detinha a maior parcela de recursos (MPAS/INAMPS) e centralizada/segmentada, pois cada decisão envolvia consultas e orientações dos órgãos centrais, aos quais os representantes nos colegiados estavam vinculados”.

Na realidade, as AIS converteram-se numa expressão política do INAMPS e, dessa forma, em um conjunto de diretrizes que orientaram a nova estrutura, com base na descentralização, definindo fundamentos técnicos, econômicos e jurídicos de relacionamento com o setor privado.

A execução orçamentária acontecia através do repasse de recursos após a comprovação da produção de serviços, através de relatórios, sendo a transferência financeira assim vinculada. Nesse sentido, as ações de saúde desenvolviam-se nos limites institucionais do antigo sistema de saúde, obedecendo a uma orientação racionalizadora, permanecendo porém intocada a

*lógica* interna e específica de cada instituição, o que implica ser o funcionamento dos serviços de saúde muito aquém do conceito de integralidade das ações.

A reformulação do setor saúde, conforme explicitado, teve seu início na década de 1970, sendo liderada por intelectuais, políticos e profissionais de saúde, configurando o autodenominado “Movimento Sanitário”.

Referido projeto estava fundamentado numa ampla crítica ao modelo vigente, que privilegiava o setor privado às custas do setor público, ao mesmo tempo em que apresentava propostas para a implantação de outro modelo assistencial.

A abertura política, na perspectiva da transição para a democracia, possibilitou a esse grupo a ocupação de espaços importantes nas instituições públicas, permitindo ampliação da proposta de reformulação do Sistema de Saúde.

É a partir de 1983 que o “Movimento Sanitário” concretiza-se, de forma mais efetiva, as propostas de reformulação do sistema de saúde foram consubstanciadas na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986.

A convocação da VIII CNS deu-se através de decreto presidencial e foi realizada em Brasília, no período de 17 a 21 de março de 1986. Esse evento foi precedido da realização de pré-conferências e reuniões estaduais preparatórias em todo o País, para a elaboração de documentos técnicos que subsidiaram os debates.

A VIII Conferência Nacional de Saúde contou com a participação de cerca de mil delegados, representantes dos mais diversos setores da sociedade, e apresentou em seu relatório final os princípios e diretrizes orientadores do Projeto da Reforma Sanitária. Deveria ainda subsidiar a Assembléia Nacional Constituinte, da qual resulta a Constituição sancionada em 1988, na qual foram incluídos os princípios fundamentais da reforma sanitária.

Para RODRIGUES (1990), esse projeto sustentava-se em três pilares:

1. a superação do conceito de saúde, até então polarizado entre as visões biologicista e idealista, passando agora a ser entendido como

resultante das reais condições de vida da população, o que implica em medidas “coordenadas e dirigidas ao equacionamento das políticas de renda, trabalho, educação, habitação, transporte, alimentação, entre outros”;

2. a explicitação e o reconhecimento de que todos têm direito igual às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e o dever do Estado em assegurar esses direitos;
3. reordenamento do sistema de prestação dos serviços de saúde, no sentido de torná-lo democrático, acessível, universal e socialmente eqüitativo.

O projeto da Reforma Sanitária teve sua continuidade através da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, criada com o desmembramento da VIII CNS (CORDEIRO, 1991).

Paralelamente, ao decorrer dos trabalhos da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, iniciaram-se os estudos para a implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). Para CORDEIRO (1991), o SUDS significava uma mudança qualitativa das AIS e um momento de transição para se alcançar o Sistema Único de Saúde.

Em dezembro de 1986, as AIS estavam implantadas em cerca de 2.500 municípios e, embora tivesse sido alcançado certo aprimoramento de integração da programação das ações de saúde entre os prestadores de serviços públicos e privados, a transferência de recursos ainda se dava através da compra e venda dos serviços. Não havia, no entanto, projetos específicos para investimentos necessários à reativação de hospitais e unidades ambulatoriais e ainda vigorava a concentração do poder de decisões, destacadamente nos órgãos federais.

O SUDS, criado através do decreto presidencial nº 94.657, de 20 de julho de 1987, com o objetivo de “contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das Ações Integradas de Saúde”, postulava os princípios definidos para a Reforma Sanitária, tais como: universalização do atendimento, integralidade da atenção, regionalização e hierarquização, descentralização administrativa, gerenciamento democrático e política integrada de recursos

humanos. As bases jurídicas para sua implantação variavam desde convênios e protocolos de intenções a termos aditivos aos convênios das AIS, disciplinados pelo decreto nº 95861, de 22 de março de 1988.

A proposta da unificação das instituições e serviços de saúde, em um só Ministério, sempre esteve no centro das discussões, desde o início da década de 1980.

Esse tema comporta o delicado problema da concentração do poder institucional que tem sido, como refere LUZ (1991), um tema recorrente no debate das políticas de saúde. Para a autora, é nesse nível que são discutidas as responsabilidades, competências, direções e encargos/cargos políticos do setor, afirmando ainda que a possibilidade de superação da dicotomia entre saúde pública e Medicina curativa e a conseqüente construção de um modelo que seja operacionalizado, sem essa dicotomia, implica uma real integração das instituições ligadas à questão da saúde, o que, evidentemente, não se daria por decreto.

Corroboram esta afirmação as dificuldades enfrentadas pelo Ministério da Saúde, até a atualidade, em abandonar uma prática pautada em programas verticais e o enfrentamento político ocorrido entre as diversas facções da tecnoburocracia dos Ministérios da Saúde e Previdência Social — de forma mais forte neste último —, na disputa pela implantação da Reforma Sanitária.

Esses enfrentamentos são demarcados pelas relações de força no setor público, inclinadas para o clientelismo político, rotinas burocráticas e políticas de favores pessoais, como forma de evitar a implantação de novas práticas institucionais (GERSCHMAN, 1995).

Apesar das grandes dificuldades, podemos destacar alguns avanços no processo de implantação do SUDS, tais como desconcentração administrativa, o movimento de municipalização dos serviços de saúde, embora não tenha superado as intermediações clientelistas e corporativistas, já cristalizadas entre o Estado e a sociedade.

No plano político, o SUDS transformou estados e municípios em atores fundamentais para a aprovação do capítulo da Seguridade Social/Saúde na nova

Constituição, promulgada em 05 de outubro de 1988, que inscreve o texto de saúde como direito de cidadania e como parte do conceito de seguridade social.

Os avanços fundamentais contidos no texto constitucional são:

- superação do conceito tradicional de seguro social, direito de contribuintes diretos, para o direito de contribuintes e não-contribuintes, cobertos pelas receitas tributárias, portanto, de toda a sociedade;
- estabelecimento do conceito de universalidade da cobertura, reconhecendo o direito de todos à saúde;
- ser dever do Estado a garantia de saúde, bem como a ampliação de seu significado, à medida que essa garantia dar-se-ia “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos”;
- a definição das relações com o setor privado e sua complementaridade ao público;
- a configuração do Sistema Único de Saúde, descentralizado, com direção única em cada esfera de governo e com participação comunitária;
- financiamento advindo do orçamento da Seguridade Social e mediante recursos de contribuições sociais de diversas fontes e de recursos da União, estados e municípios, entre outros.

No período de elaboração das leis infraconstitucionais, os Ministérios da Saúde e da Previdência Social mantiveram suas diferenças, entrando em rota de colisão, ao apresentarem anteprojetos distintos para a Lei Orgânica da Saúde, quando do encaminhamento à Presidência da República. Ao mesmo tempo, as entidades de saúde e o Núcleo de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília elaboraram uma proposta considerando os objetivos da Reforma Sanitária, com o apoio da Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde e de instituições e pesquisadores de saúde coletiva; enquanto isso, os



representantes das entidades privadas não apresentaram formalmente nenhum projeto (CORDEIRO,1991).

Pouco a pouco os parlamentares foram tomando posições em face dos diferentes projetos, tendo como foro de deliberações a Comissão de Seguridade Social, Saúde e Família da Câmara dos Deputados. O Conselho Nacional de Secretários de Estado da Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASSEMS) eram os interlocutores dos novos atores no cenário político da saúde. A aprovação deu-se em 06 de dezembro de 1989, a partir de um substitutivo elaborado pelo relator, baseado em pontos consensuais dos diferentes projetos recebidos pela Câmara (CORDEIRO,1991).

Os pontos mais polêmicos e controversos foram:

- a transferência do ex-INAMPS para o MS e a extinção dos escritórios regionais, sendo decidida somente a transferência do ex-INAMPS para o MS;
- a participação e o controle sociais, postos em debate sobre se eram consultivos ou deliberativos, resultando que essas instâncias tivessem atribuições para formular estratégias e atuar no controle da execução, em cada nível correspondente;
- a complementaridade do setor privado frente ao SUS, segundo as normas de direito público, cuja solução de consenso foi a determinação de dispositivos que conceituam a assistência privada como de livre iniciativa, sob as normas expedidas pela direção do SUS, quanto às condições de gerenciamento;
- a descentralização, via municipalização, que prevaleceu como princípio fundamental;
- a busca de novas fontes de financiamento, incluindo o conceito de fundos de saúde apenas para a instância federal, e a transferência automática de recursos para estados e municípios; e

- os artigos relacionados a recursos humanos que dispunham sobre a obrigatoriedade de planos de carreira, cargos e salários para o SUS, em cada esfera de governo, assim como a fixação de pisos nacionais de salários (CORDEIRO,1991).

Um novo governo, portador de um discurso aparentemente modernizante e diretamente articulado às grandes massas, sem sustentação política nos partidos tradicionais, instala-se em março de 1990. Era o fim da Nova República e o início do Governo Collor de Mello, cujo pano de fundo econômico e político vai determinar os rumos das políticas de saúde nesse período (MENDES,1993). Cabe ao novo Presidente sancionar a Lei no. 8080, e o faz com vetos, ocorrendo sua promulgação em 19 de setembro de 1990. Os vetos atingiram pontos fundamentais como a instituição da Conferência e Conselhos de Saúde, a transferência direta e automática de recursos a estados e municípios, a eliminação de convênios e os critérios de repasse financeiro (CORDEIRO,1991; MENDES,1993).

Como seria esperado, tais vetos redundaram em intensa reação das entidades da sociedade, considerando que o texto da lei era oriundo de um consenso construído ao longo de seu processo no Congresso Nacional, reação essa que, sob coordenação da Plenária de Saúde, leva a um acordo entre lideranças partidárias do Congresso e Governo, representado pelo Ministro da Saúde, resultando na lei no. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Tal lei dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (MENDES,1993).

Dessa forma, estão assegurados os conselhos e conferências de saúde, a regularidade e automatismo dos repasses federais a estados e municípios e as condições para recebimento de recursos federais: fundo de saúde, plano de saúde, relatórios da gestão, contrapartida de recursos e plano de cargos e salários.

Em decorrência da Constituição Federal, os estados elaboram também suas constituições que, segundo MENDES(1993), tenderam a repetir o texto da Constituição Federal. Esse processo redundou nas leis orgânicas municipais, promulgadas em 1990, que jogam, para dentro dos municípios, nova concepção

de saúde e do papel dessas instâncias federativas do SUS, incorporando, quase sempre, os princípios constitucionais federal e municipal.

Em sendo assim, no início dos anos 1990, estava removido o “entulho autoritário” (MENDES, 1993) que foi substituído por um novo arcabouço jurídico: a Constituição Federal de 1988; as constituições estaduais; as Leis orgânicas municipais; a lei 8080 e a lei 8142.

Para MENDES (1993), *“Sem uma reciclagem radical do projeto da reforma sanitária brasileira é bem possível que, na década de 90, o sistema de saúde continue incrementando sua regressividade social e que o subsistema público se vá transformando, gradualmente, no espaço daqueles a quem Hanna Arendt denomina de “homens supérfluos”, isto é, mulheres e homens despossuídos de cidadania.*

Apesar de o Sistema Único de Saúde estar respaldado juridicamente, a reforma sanitária tem encontrado grande resistência para a sua concretização. PAIM (1994), considera ser necessária uma análise da correlação de forças sociais e políticas, como também diagnósticos envolvendo disposição de fatores sociais e capacidade gerencial do setor, como o ordenamento e hierarquização de intervenções adequadas para a efetivação do SUS.

## **2 - EVOLUÇÃO ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA: Período Anterior a 1983**

A assistência médica em Fortaleza teve seu início em 1798, com o estabelecimento, na Vila, de um médico e de um cirurgião, por ordem do Governo de Lisboa. Mesmo assim, até o início deste século, o Município de Fortaleza contava, em termos de serviços de saúde, com a *Santa Casa de Misericórdia* e o *Asilo de alienados*, instituições filantrópicas fundadas respectivamente em 1846 e 1886. A essa época:

...faziam-se as intervenções cirúrgicas nas casa dos doentes. O instrumental era fervido e refervido em latas de querosene ou em chaleiras. Servia de mesa de operações a própria mesa de jantar, coberta de lençóis passados a ferro.

Com essa rudimentar assepsia e em meio impróprio, praticavam-se, com êxito, as mais ousadas intervenções da alta cirurgia (SAMPAIO, 1936).

O Município de Fortaleza somente passou a contar com uma estrutura de serviços públicos de saúde a partir de 1933, quando, através da *Reforma Pelon*, foi criado o Centro de Saúde, que passou a funcionar como uma estrutura sanitária do Estado, localizada nesta capital. (LEAL, 1978; BARBOSA, 1994).

A Reforma Pelon ocorreu no período de interventorias no Ceará, quando era interventor Carneiro de Mendonça. O sanitarista Amílcar Barca de Pelon foi convidado para proceder a uma reformulação nos serviços sanitários do Ceará. (LEAL, 1978).

Dita Reforma coincide com o período de centralização da política de saúde pelo Estado brasileiro. Para BRAGA (1986), essa política efetivou-se a partir de “verdadeiras intervenções do Departamento Nacional de Saúde”, junto aos departamentos estaduais de saúde, a título de assessorias técnicas e, a partir de então, observa-se um relativo avanço da atenção à saúde para o interior do país.

SAMPAIO (1939) assim se refere à Reforma Pelon: *“Em 1930, começou o ajustamento de serviço de Higiene do Estado ao plano que traçara para todo o país o Departamento Nacional de Saúde Pública”*.

A Reforma Pelon implicou significativa transformação dos serviços de saúde no Estado do Ceará. Esses serviços foram configurados em 5 (cinco) distritos sanitários, tornando-se o Município de Fortaleza, por ser a capital do Estado, o distrito sede, servido por um centro de saúde. Esse centro foi também o primeiro do Nordeste e funcionava com atendimento de higiene pré-natal, infantil e pré-escolar, cozinha dietética e aulas de puericultura (BARBOSA, 1994). Dessa forma, estava em consonância com as diretrizes dos centros de saúde criados nos Estados Unidos e países desenvolvidos da Europa, no início do século XIX, voltadas para a higiene geral e preservação da saúde.

Em abril de 1935, foi criada a Inspetoria de Proteção à Maternidade e à Infância, posteriormente denominada de Serviço de Assistência à Maternidade e à Infância e funcionando com atendimento preventivo (SAMPAIO, 1939).

No ano de 1938, na estrutura organizacional das secretarias de Estado, era a Secretaria do Interior e Justiça o “órgão da administração que superintende e centraliza os serviços concernentes a educação e cultura popular, *saúde pública*, assistência social, organização judiciária, vida municipal e, de uma maneira geral, todos os negócios interiores não compreendidos nas atribuições das demais Pastas, inclusive as relações com as autoridades federais e outros poderes do Estado” (GIRÃO, 1945). Foi, portanto, em cumprimento a essas atribuições que foram criados, em 1938, os Departamentos Estadual de Saúde e o Estadual da Criança, esse último decorrente da transformação do Serviço de Assistência à Maternidade e à Infância, atuando notadamente na prevenção de agravos e controle de doenças transmissíveis, com a focalização na saúde da mulher e da criança.

Em março de 1939, ocorre uma reestruturação nos serviços estaduais de saúde. O Centro de Saúde passa a integrar a estrutura administrativa do recém-criado Departamento de Saúde Pública do Estado do Ceará e as suas instalações físicas foram ampliadas e criados os dispensários de lepra e de higiene mental, além de um serviço de tuberculino-diagnóstico (BARBOSA, 1994).

Os serviços públicos municipais de saúde de Fortaleza foram oficialmente criados no governo do Prefeito Raimundo Alencar Araripe. A lei nº 47, de 9 de dezembro de 1936, reorganizou os serviços da Prefeitura Municipal, criando uma Secretaria como “órgão intermediário entre o Prefeito e as demais dependências dos serviços municipais...” e, sob a dependência direta dessa Secretaria, foi criado o Departamento de Higiene Municipal.

Havia, até então, nesta cidade, um serviço de Pronto Socorro funcionando anexo à Santa Casa de Misericórdia “e que muito longe estava de corresponder às mais prementes necessidades do nosso meio”. (ADMINISTRAÇÃO Dr. RAIMUNDO GIRÃO, 1944 : *Síntese Histórica*).

No mesmo ano de 1936, a lei nº 57, de 31 de dezembro, criou o Serviço de Assistência Pública de Fortaleza, “constituindo uma dependência dos serviços municipais e destinado a *prestar socorro e assistência médico-cirúrgica de urgência à população*”, o qual, tempos depois, em razão do seu desenvolvimento

crescente, constitui-se na Assistência Municipal, embrião do atual Instituto Dr. José Frota.

Nesse contexto, percebe-se uma preocupação administrativa, em relação às questões de saúde pública, voltadas para a higiene do meio ambiente. Além do Serviço de Assistência Pública de Saúde, em relação ao meio ambiente foram criados o Serviço de Vacinação de Cães, em novembro de 1938, o Serviço de Registro de Animais, que obrigava o registro, pelos proprietários, de todos os animais existentes ou que dessem entrada no Município, além do estabelecimento das ações de saneamento, tais com incineração do lixo, drenagem de lagoas e pântanos, entre outros.

Na década seguinte, mais precisamente em junho de 1948, no governo do então prefeito Acrísio Moreira da Rocha, a lei de nº 26 transforma o Departamento de Higiene Municipal em Secretaria Municipal de Saúde e Assistência, oficializando a estrutura que se segue:

- a) Inspetoria de Pronto Socorro e Assistência;
- b) Laboratório de Pesquisas Químicas e Biológicas;
- c) Postos de Assistência Médica;
- d) Hospitais;
- e) Inspetoria de Assistência Sanitária aos Matadouros;
- f) Secção de Fiscalização de Higienização de Gêneros Alimentícios; e
- g) Secção de Expediente e Arquivo”.

Essa reorganização significou que, a partir de então, o Município assume um conjunto de atribuições que congregam a assistência médica ambulatorial e hospitalar, inclusive a de urgência; era também da sua conta a vigilância sanitária, além de um início de ordenamento administrativo da Secretaria.

Nesse mesmo ano de 1948, a lei no. 36, de 8 de junho, cria, “a exemplo do que se vem praticando nas cidades do Sul do País”, os comandos sanitários a serem superintendidos pela Diretoria de Higiene e Assistência e com ações específicas direcionadas para fiscalização de gêneros e produtos alimentícios, o

que já demonstra a superposição de atribuições municipais, desde meados deste século.

*Em 1948, a lei nº 44, de 16 de setembro, cria seis postos médicos no Município de Fortaleza, a serem localizados de “maneira a abranger em seu círculo de atuação as populações de Mucuripe, Antônio Bezerra, Messejana, Parangaba, Campo de Aviação e Arraial Moura Brasil”. O artigo 3º dessa lei destaca os seguintes pontos fundamentais:*

- “a) Os serviços prestados pelos postos médicos serão absolutamente gratuitos e não poderão ser recusados a quem quer que seja;
- b) Os médicos darão nos dias úteis, obrigatoriamente, um expediente de três horas e atenderão na ordem de chegada, salvo os casos que a seu critério sejam julgados de urgência”.

Nessa mesma lei são criados “seis *lugares* de médico e seis *lugares* de enfermeiros”.

Há evidências de que, embora houvesse toda uma legislação criando a Secretaria de Saúde do Município, essa somente veio a ter uma estrutura física no período de 1951/55, quando era secretário o médico Sylvio Ideburque Carneiro Leal. Foram conseguidas informações, junto à Assessoria de Imprensa da SMS, que relata como realização desse período a concretização da criação, instalação e estruturação da Secretaria Municipal de Saúde.

Em julho de 1960, são realizadas novas reformulações em sua estrutura e a Secretaria Municipal de Saúde e Assistência, de acordo com o artigo 1º da lei nº 1.556, passa a ser constituída por:

- a) Gabinete do Secretário;
- b) Secção de Expediente;
- c) Secção de Higiene;
- d) Secção de Assistência; e
- e) Hospital de Pronto Socorro.

O parágrafo único desse artigo assim definia a competência da Secretaria:

- “1. dirigir e fiscalizar os serviços de saúde e higiene de responsabilidade do Município, em harmonia e colaboração com os serviços congêneres federais, estaduais, autarquias e para-estatais, podendo firmar com eles ajustes, acordos e convênios;
2. promover, estimular e coordenar iniciativas privadas atinentes a quaisquer aspectos da saúde pública; e
3. estudar problemas relativos à higiene e psicologia do trabalho e a prevenção de acidentes”.

Comparando-se essa estrutura organizacional com a de 1948, pode-se deduzir que o objetivo tendeu para o aspecto gerencial-administrativo, tendo em vista que a única modificação importante foi à criação do gabinete do secretário, pois as seções de higiene e assistência englobaram as estruturas que já lhes eram afetas. Em relação às competências, são incluídos novos conceitos, de psicologia do trabalho e prevenção de acidentes, como áreas de estudos. O inciso 1, do parágrafo único, remetendo a uma articulação com a esfera federal, pode explicar tal inclusão, provavelmente como um reflexo do processo de industrialização que ocorria nos grandes centros urbanos, gerador de uma nova ordem na saúde, “a manutenção e restauração da capacidade produtiva do trabalhador” (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986).

Até então, nos atos de criação dos serviços de assistência médica, não é explicitado que o órgão municipal tenha a obrigatoriedade da execução destes serviços.

O novo regulamento da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência, aprovado pelo Decreto nº 2.474, de 25 de junho de 1964, artigo 1º, determina a finalidade desse órgão como executor: “A Secretaria Municipal de Saúde e Assistência (...) tem por finalidade programar, dirigir, executar e controlar todas as atividades relativas à saúde pública de responsabilidade do Governo Municipal, ressalvadas aquelas que sejam de competência privativa das autoridades



sanitárias estaduais e federais”. Esse mesmo decreto define a seguinte organização para a Secretaria:

- a) Junta Médica;
- b) Hospital de Pronto Socorro;
- c) Departamento de Assistência Médico-Dentária;
- d) Departamento de Higiene; e
- e) Seção de Administração.

A nova estrutura organizacional denota maior complexidade técnico-administrativa em relação às anteriores, pela transformação de seções em departamentos; pela criação da junta médica, órgão controlador da saúde funcional dos servidores municipais; e pela inclusão das ações de Odontologia ofertadas aos servidores municipais e familiares, bem como as populações dos bairros através das unidades móveis e postos de saúde. Anteriormente ao decreto, as ações de Odontologia encontravam-se dispersas em serviços fora da área da saúde, como a Limpeza Pública, que assistia os servidores e familiares, e em unidades móveis, para a periferia, o que configura, portanto, uma aglutinação desses serviços na saúde.

No ano de 1964, a Secretaria que, até então funcionava no subsolo do Hospital de Pronto Socorro, passou a funcionar em prédio alugado.

O relatório de atividades referente a 1964 apresenta a Secretaria com 5 (cinco) postos de saúde e 3 (três) unidades volantes. As unidades volantes estavam aparelhadas da forma a seguir: 1 (uma) para realização de consultas, aplicações de injeções, vacinas e curativos; 1 (uma) de atendimento odontológico e 1 (uma) aparelhada para realização de raios X.

No período de março de 1971 a outubro de 1973, o relatório de atividades da Secretaria apresenta uma estrutura organizacional formada por uma Diretoria Geral, um Departamento de Higiene e um Departamento de Assistência Médico-Dentária, com os Serviços Odontológico, de Enfermagem e de Assistência Médica, em decorrência das demandas das ações respectivas, usualmente ofertadas para a população. Foram prioridades de ação, a fiscalização de

alimentos, água e fatores ambientais, e mais o procedimento de caráter preventivo, como imunizações básicas e educação em saúde.

O discurso do Secretário Municipal de Saúde, o médico José Aguiar Ramos, ao deixar o cargo em 1979, faz referências à Secretaria como o órgão “que tem como escopo a Higiene da Metrópole”. Destaca as realizações voltadas para a fiscalização da comercialização de alimentos, combate a roedores, raiva canina e exames de animais a serem abatidos no Frigorífico de Fortaleza, a carência de recursos médico-odontológicos e a instalação de 12 (doze) postos de saúde em bairros periféricos. Da análise do discurso, pode-se concluir que persistiu o predomínio das ações, da hoje vigilância sanitária, em relação às de assistência médica nas atividades da Secretaria.

No ano de 1983, a Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza continuava regida pelo decreto nº 2.474/64, mas, ao longo desses anos, passou por mudanças organizacionais, incorporando, formal e/ou informalmente, vários serviços em sua estrutura administrativa, ora por força de uma necessidade de expansão de suas atividades, ora para atender interesses político-partidários. Incorporou oficialmente à sua estrutura organizacional o Serviço Especial de Controle de Instalações Hidro-Sanitárias, Serviço de Combate aos Roedores e Serviço de Farmácia. Informalmente, foram acrescentados o Núcleo de Planejamento, Serviço de Estatística, Serviço de Vigilância Epidemiológica e Serviço de Inspeção e Autorização Sanitária, esse último até então funcionando sob a coordenação da Secretaria de Saúde do Estado.

O relatório de atividades do período de março/79 a março/83 destaca a diversificação das atividades da Secretaria e da extensão da cobertura do atendimento ofertado. Sua estrutura organizacional tornou-se muito diferente daquela criada pelo decreto de 1964, vigente no período.

A rede de unidades de saúde passou de 28 (vinte e oito), no início do período, para 58 (cinquenta e oito) postos de saúde, dos quais 21 (vinte e um) patrimoniais, com planta física padronizada e 21 (vinte e um) conveniados com outras instituições.

O contingente de recursos humanos de nível superior passou de 136 (cento e trinta e seis) para 501 (quinhentos e um) servidores, o que significou um aumento de 268%, conforme o quadro a seguir:

Comparativo de servidores de nível médio: 1979/1983: SSMF

|               | 1979 | 1983 | %     |
|---------------|------|------|-------|
| Médicos       | 56   | 261  | 366   |
| Farmacêuticos | 12   | 18   | 50    |
| Bioquímicos   |      |      |       |
| Enfermeiros   | 7    | 80   | 1.042 |
| Veterinários  | 3    | 10   | 233   |
| Dentistas     | 58   | 132  | 127   |
| <b>Total</b>  | 136  | 501  | 268   |

Fonte: Relatório de Atividades: março/79 a março/83 – SSMF

Dessa forma, pode-se observar que a organização da Secretaria Municipal de Saúde, criada a partir de um Departamento de Higiene em 1936, chega ao ano de 1983 com uma estrutura formada por 5 (cinco) departamentos. Inicialmente, a SMS desenvolvia atividades relativas à higiene do meio ambiente, passando a incorporar, nesses 47 (quarenta e sete) anos, vários serviços administrativos e de atividades finalísticas, desenvolvendo ações relativas a engenharia sanitária, serviços de fiscalização da comercialização de produtos e gêneros alimentícios, atendimento médico, odontológico e de análises clínicas. O atendimento médico e odontológico é prestado através de uma rede de 58 (cinquenta e oito) postos de saúde em substituição às unidades volantes e ao pequeno número de postos anteriores, passando de um contingente de 20 (vinte) médicos, em 1972, para 261 (duzentos e sessenta e um), em 1983. A prestação de 4.256 consultas médicas, em 1964, passou a 158.842, em 1983.

Tais comparações apontam para a compreensão de que os períodos geradores de maiores avanços técnico-organizativos da Secretaria ocorreram entre os anos de 1964 a 1983, quando a Secretaria passa a deter condições técnicas, organizacionais e administrativas capazes de colocá-la como parte do centro de poder municipal, credenciada a participar das políticas de saúde do Estado de Ceará, com suas relações nacionais.

### **3 - EVOLUÇÃO ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA: 1983 A 1994**

#### Contexto Político

No ano de 1983 Fortaleza era administrada pelo Prefeito César Cals Neto. Àquela época, quando era governador do Ceará o professor Luis de Gonzaga Fonseca Mota, o último dos governadores vinculados ao conhecido “ciclo dos coronéis”, os prefeitos das capitais eram indicados pelos governadores. Até então, o comando político do Estado encontrava-se subordinado a três coronéis que se alternavam no governo do Estado. Na última eleição havida para o governo do Estado, surgiu um impasse na escolha do candidato e o nome de Gonzaga Mota é apresentado como consenso e solução conciliatória para os três coronéis, através do conhecido *Pacto de Brasília* (ARAGÃO, 1985).

A indicação para prefeito de Fortaleza recai na pessoa do deputado federal César Cals Neto, indicado por Gonzaga Mota, através da mensagem no. 5.505, aprovada pela Assembléia Legislativa. César Neto permanece no Governo até março de 1985, quando ocorre o rompimento político de Gonzaga Mota com os coronéis Virgílio Távora e César Cals. A consequência imediata desse rompimento é a exoneração do Prefeito, que foi substituído por Barros Pinho.

O Secretário Municipal de Saúde, nomeado pelo novo Prefeito, foi o médico cardiologista Carlos Éfren Lustosa da Costa.

O Plano de Ação Municipal do Prefeito indicado nesse ano destacava, na sua parte introdutória, a ineficiência do sistema de saúde, apontando como

causas a falta de articulação entre as instituições envolvidas com o setor saúde, o subaproveitamento da infra-estrutura e de recursos humanos, conseqüência de “falhas de procedimentos administrativos e da inexistência de reservas financeiras para a manutenção das unidades de saúde”.

A proposta para o setor saúde, contida nesse plano, está constituída por 5 (cinco) programas, a seguir discriminados, e 27 (vinte e sete) projetos que com eles mantinham correlação: Programas de Ações Básicas de Saúde; de Saneamento Ambiental; de Expansão e Recuperação da Rede de Equipamentos Municipais de Saúde; de Desenvolvimento de Recursos Humanos; e de Modernização Administrativa:

#### A Estrutura Organizacional

A Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza, no ano de 1983, apresentava uma estrutura organizacional formada pelas seguintes unidades:

- a) Diretoria Geral; b) Departamento de Higiene; c) Departamento de Assistência Médica; d) Departamento de Assistência Odontológica; e
- e) Serviço Especial de Controle de Instalações Hidro-Sanitárias e, informalmente incorporados, a Assessoria Jurídica e os Serviços de Supervisão, de Vigilância Epidemiológica e de Estatística, e o Núcleo de Planejamento.

Formalmente, foi criado o Centro de Educação e Fiscalização Sanitária para atender às solicitações de serviços e oferecer à comunidade orientações e esclarecimentos sobre problemas sanitários e de saúde pública.

Apresentava, ainda, como órgãos vinculados, a Fundação do Serviço Social de Fortaleza, com uma rede de seis centros sociais urbanos e três unidades de assistência social (creches), além do Instituto Dr. José Frota, constituído por Unidade Central, três unidades distritais e Centro de Reidratação Oral Dra. Lúcia de Fátima Ribeiro Sá (Anexo 1).

A rede de serviços era constituída por 53 (cinquenta e três) unidades, chamadas de postos de saúde, e Unidade Móvel de Assistência Preventiva ao Escolar. Desses, vinte e sete eram patrimoniais porque funcionavam em prédios próprios da Secretaria e vinte e seis eram conveniados com entidades várias.

Os postos de saúde, em sua maioria, na realidade, enquadravam-se na classificação de Centro de Saúde adotada pelo Ministério da Saúde, uma vez que funcionavam, pelo menos teoricamente, com atendimento médico diário, além de atendimento odontológico, consultas de enfermagem e atendimentos básicos, tais como vacinas, aplicação de injeções e curativos, dentre outros.

Em relação a essa estrutura organizacional, o relatório de atividades desse órgão, do período 1983/1986, refere problemas quanto à sua funcionalidade, tais como: estrutura organizacional totalmente obsoleta; ausência de planejamento municipal de saúde com objetivos e metas precisos, elaborado pela própria Secretaria; unidades assistenciais, além de insuficientes para atender a população-alvo, inadequadas quanto à capacidade instalada; grande capacidade ociosa, por carência de materiais e insumos, para a realização de ações básicas; ação fiscalizadora deficiente pela insuficiência de pessoal especializado; e total inexistência de integração com outros órgãos municipais, estaduais e federais.

O Secretário Municipal de Saúde, à época, o médico Carlos Éfren Lustosa da Costa, a respeito dessa estrutura assim se refere: “encontrei uma estrutura administrativa extremamente frágil e dissociada das necessidades operacionais, (...), grande interferência política nas indicações de pessoas para os cargos de direção e a conseqüente escolha de diretores sem nenhum engajamento com a instituição”. A inexistência da função de coordenadores das unidades de saúde foi também uma dificuldade administrativa relatada por esse Secretário, contudo a grande dificuldade de sua administração é relacionada à centralização administrativa e escassez de recursos financeiros.

## A Política de Saúde

O período de 1980 a 1983 ficou conhecido, no âmbito das políticas sociais, como o da “crise da previdência”. A ocorrência dessa crise, conforme explicitado no capítulo 1, resultou em uma série de propostas para a reorientação da assistência médica da previdência social. A primeira delas constituiu-se na criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde

Previdenciária/CONASP, com a finalidade de estudar e propor normas mais adequadas para a prestação da assistência à saúde da população previdenciária, como também indicar a necessária alocação de recursos financeiros e outros, indispensáveis à operacionalização da assistência proposta.

O Núcleo de Planejamento da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza era formado, nessa época, por técnicos recém-egressos do Curso de Especialização em Saúde Pública, realizado pela Universidade Federal do Ceará/UFC, em convênio com a Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, portanto motivados a usarem, na prática, os novos conhecimentos adquiridos. Esse fato possibilitou a discussão, nessa Instituição, de uma proposta de trabalho, em consonância com as recomendações de Alma Ata, concedendo prioridades aos serviços básicos de natureza pública e descentralizada com base na municipalização e, de alguma forma, com as diretrizes propostas no PREV-SAÚDE de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde em distritos sanitários.

O Plano de Reorientação da Assistência Médica, elaborado pelo CONASP, em 1982, apresentava como objetivos básicos a recuperação operacional do setor público e a articulação, entre os Governos estadual e municipal, visando a uma futura integração global do setor saúde, no plano nacional.

No Município de Fortaleza, a proposta do CONASP desenvolveu-se a partir da formação de grupos de trabalho, responsáveis pela elaboração dos planos direcionados para a reorientação da assistência ofertada pela rede do INAMPS. A Secretaria indicou dois técnicos para a participação nesse processo, coordenado pela Superintendência Regional do ex-INAMPS. O trabalho resultou em uma proposta de reorganização dos serviços de saúde em oito distritos sanitários, obedecendo critérios geográficos, populacionais, nível de complexidade e acesso aos serviços de saúde. Tal proposta expressava os princípios filosóficos coincidentes com os da VIII Conferência Nacional de Saúde, quais sejam: universalização do atendimento, descentralização administrativa, integração interinstitucional e participação popular.

Nessa perspectiva, os postos de saúde da Secretaria funcionariam de forma integrada com a rede de serviços de saúde do ex-INAMPS - própria e contratada- participando de um sistema de referência e contra-referência.

O Programa das Ações Integradas de Saúde/ PAIS foi implantado no Estado do Ceará a partir de março de 1983, quando o governo do Estado assinou o convênio de adesão ao Programa. Nesse mesmo mês, em cumprimento às normas estipuladas no convênio, foi constituída a Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS/CE), “com a finalidade de deliberar e adotar as medidas que se fizerem necessárias à execução” das Ações Integradas de Saúde no Estado do Ceará. Para a viabilização do PAIS, foram envolvidas a Secretaria de Estado da Saúde/SES, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social/Ministério da Previdência e Assistência Social e a Delegacia Federal de Saúde no Ceará/Ministério da Saúde.

Em agosto de 1984, a Prefeitura de Fortaleza adere a esse Programa, mediante assinatura de termo de adesão, que estabelece os mecanismos necessários à sua implantação no Município de Fortaleza, ao tempo em que determinava que a coordenação e a gestão do Programa seriam exercidos pela Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), detentora, no âmbito municipal, das mesmas funções da CIS.

Em 14 de novembro de 1984, através da Resolução da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS/CE) nº 18/84, foi criada a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS-Fortaleza) e designados seus componentes. A Comissão teria como membros, um representante de cada instituição, a saber, ex-Superintendência Regional do INAMPS, Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e Instituto Dr. José Frota, podendo ainda ser incorporadas, *ad hoc*, outras instituições de interesse do Programa. A Comissão teria funções deliberativas, tomando decisões por consenso, tendo o Secretário Municipal de Saúde como coordenador. As deliberações seriam implementadas por uma Secretaria Técnica, criada nessa mesma data (Resolução CIS/Ce no. 19/84), e que funcionaria segundo mecanismos e critérios estabelecidos pela CIS/CE.



A adesão do Município de Fortaleza ao Programa das Ações Integradas de Saúde significou, para o Secretário Municipal de Saúde, segundo declaração em entrevista, “uma forma de ter dinheiro para que pudesse administrar”, gerando um esforço, mês a mês, de incorporação paulatina os Centros de Saúde ao PAIS, tornando possível “desencadear algumas ações”.

Malgrado o fato, após a assinatura do convênio que incluía o repasse de recursos financeiros, surgiram dificuldades relativas à liberação desses recursos para a SSMF. Em função da centralização administrativa e financeira da Prefeitura Municipal de Fortaleza, esses recursos, necessariamente, eram repassados à Secretaria de Finanças do Município que, posteriormente, os repassava a SSMF, o que retardava a sua utilização, frente aos requerimentos burocráticos. Para contornar esse problema, foi criado o Fundo Municipal de Saúde, através da Lei nº 5.771, de 4 de novembro de 1983, que somente seria regulamentada em 4 de junho 1986, pelo Decreto Municipal nº 7.341.

Uma análise contida no documento de Programação das Ações Integradas de Saúde dessa Secretaria para o ano de 1985 refere como pontos positivos no desenvolvimento desse Programa: um bom entendimento do papel da CIMS como unidade básica de execução e de informações para um planejamento global de ações; consolidação dos mecanismos de repasse financeiro do MPAS para SSMF; implantação da regionalização e hierarquização dos serviços com avanços significativos na implantação do sistema de referência e contra-referência de pacientes, particularmente, entre a SSM e PAM's (ex-INAMPS). Destaca, no entanto, como dificuldades: divergências sobre a composição da CIMS-Fortaleza; o não-envolvimento de todas as instituições conveniadas na conformação do sistema de referência e contra-referência de pacientes; incipiente organização administrativa de alguns serviços, dificultando o fluxo rápido, racional e real de informações estatísticas; excesso de burocracia e baixa qualificação profissional.

## A Entrevista e o Relatório

O secretário de saúde desse período declara que, ao assumir o cargo, tinha a expectativa de dar um grande impulso na administração dos serviços de saúde, mesmo não tendo formação acadêmica de administrador. Admitiu saber que encontraria a Secretaria de Saúde do Município com uma estrutura organizacional dissociada de suas funções; e mais: a ocorrência de vícios administrativos e a não-visualização de projeto identificável para a instituição. Afirmou, ainda, ter constatado o desinteresse de alguns diretores e o descompromisso de algumas categorias profissionais em relação ao processo de trabalho. O próprio Prefeito que o nomeara demonstrava pouco compromisso com o funcionamento da Secretaria, pois nada fazia em face da restrição orçamentário-financeira, do excesso de centralização administrativa e da presença de clientelismo, segundo afirmação deste Secretário. No que se refere à escassez de recursos financeiros, quando da abordagem do assunto junto ao Prefeito, esse foi categórico em confirmar a inexistência de recursos para a saúde, o que deveria ser buscado junto ao INAMPS. Vale ressaltar que, no Plano de Ação da Prefeitura, os cinco programas do Plano de Ação Municipal estavam devidamente orçamentados.

O então Secretário apresentava, como principal objetivo, a reformulação gerencial da Secretaria, apesar de não ter havido uma explicitação *a priori*. Esse objetivo foi sendo conformado ao longo de sua gestão, através da identificação e enfrentamento de problemas gerenciais, o que foi configurando o alcance de vários objetivos isolados nessa direção.

Não houve um plano elaborado previamente, mas projetos específicos para cada problema detectado, envolvendo técnicos e dirigentes dos departamentos da própria Secretaria, como também de outros setores da saúde e ou extra-setoriais.

O Secretário não expressa maiores conhecimentos sobre as políticas públicas de saúde, exceto no que tange ao aspecto administrativo rotineiro.

Na sua avaliação, a administração global do Município foi considerada “desastrada”, traduzida pelo inchamento da máquina administrativa em virtude da

contratação, excessiva e irregular, de profissionais, sem embasamento na necessidade técnica, muitos dos quais despreparados, “ao ponto de termos que receber diariamente uma média de cinquenta funcionários”. Afirma ainda que as contratações eram irregulares, porque algumas normas administrativas foram ignoradas.

Segundo o Secretário, suas principais realizações foram: implantação do Serviço de Educação e Fiscalização Sanitária para atender às reclamações da população e reordenar a área de fiscalização; implantação do Serviço de Fisioterapia para escolares da rede municipal de ensino; seleção e capacitação de enfermeiros para assumir a coordenação das unidades de saúde; busca da intersetorialidade através da integração com o Ministério das Minas e Energia, que resultou na perfuração de poços profundos em áreas próximas aos postos de saúde, como oportunidade para resolver o problema da falta d'água nessas unidades e comunidades vizinhas; implantação de normas de edificações, observando requisitos sanitários; e ordenamento do processo administrativo, com implantação de normas e rotinas.

Ao final desse período administrativo, as realizações destacadas em relatório referem-se à melhoria e expansão da rede física; desenvolvimento institucional, através da implantação de normas e rotinas administrativas e de nova sistemática de registro, controle e arquivamento de fichas e prontuários de pacientes; admissão e redistribuição de pessoal para implantação de serviços administrativos e assistenciais; e elaboração de boletim informativo mensal, SOS - Saúde, com o objetivo de divulgar as atividades da Secretaria de Saúde do Município e servir de instrumento de integração e entrosamento dos servidores da Instituição. São ainda destacadas ações na área de proteção ambiental, controle de zoonoses e desenvolvimento de recursos humanos, com a realização de cursos de treinamento e capacitação.

Pode-se concluir que, nesse período, a Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza é realmente incluída na agenda das políticas de saúde, considerando-se a formalização de assinatura de termo de adesão ao Programa de Ações Integradas de Saúde. Essa inclusão decorreu da possibilidade de expansão de ofertas dos serviços de saúde, em função da disponibilidade de

recursos financeiros para a assistência médica previdenciária. De alguma forma significou a implantação da universalidade do atendimento médico quando, nesse momento, o ex-INAMPS coloca à disposição da população os serviços de atenção básica à saúde sem a antes necessária comprovação de contribuinte da previdência social.

Em termos de estrutura organizacional, essa Secretaria apresentou um relativo crescimento: pela incorporação de novos serviços, embora informais, pelo aumento do quadro de pessoal, e pela repercussão do discurso e propostas da política de saúde no seu plano de trabalho.

Alguns indicadores podem ser usados para ilustrar esse crescimento. No ano de 1985, o quadro de recursos humanos de nível superior apresentou um aumento de 59% em relação ao ano de 1983. Os atendimentos médico e de enfermagem apresentaram um crescimento de 33% e 217%, respectivamente, conforme os anexos 2 e 3.

## PERÍODO 1986/89: O SUDS

### O Contexto Político

Nas eleições municipais de 1985, primeira eleição direta para prefeitos de capital após o regime militar, foi eleita a candidata do Partido dos Trabalhadores, Maria Luiza Fontenele.

No Município de Fortaleza, o Partido dos Trabalhadores era pequeno, recém-criado. À semelhança do que acontecia no âmbito nacional, esse partido abrigava em sua sigla vários grupos autodenominados marxistas, marxistas-leninistas, marxistas-leninistas-trotskistas, dentre outros (SILVA e POMAR, mimeo, sem data).

A Prefeita recém-eleita integrava um grupo que afirmava não ter aspiração de conduzir um processo administrativo institucional. Ao assumir o Governo municipal, o grupo optou pelo exercício de uma administração autodenominada de ruptura, afirmando não estar no governo para administrar

crise de capitalismo. O grupo político de maior influência junto à Prefeita defendia a tese de não buscar saída para as freqüentes e diversas crises administrativas, para não inviabilizar a via revolucionária defendida por eles.

Ao lado disso, em função da sigla partidária da Prefeita, essa Prefeitura sofreu restrições políticas e financeiras por parte dos governos federal e estadual. (JORNAL: O POVO DE 21/9/1988).

Essa administração foi, portanto, marcada por sérias dificuldades políticas, administrativas e financeiras.

Ao assumir o Governo municipal, a prefeita enfrentou graves problemas financeiros e, segundo RELATÓRIO DA SECRETARIA DE IMPRENSA E RELAÇÕES PÚBLICAS, SIRP(1987), em decorrência de débitos acumulados por atraso de pagamento do funcionalismo; e dívidas com o comércio e empreiteiras, como também atrasos do recolhimento do FGTS e PASEP. Embora a questão do atraso salarial tenha sido sanada, inicialmente, em um momento posterior, a Prefeitura passou a enfrentar o agravamento dos problemas financeiros e sucessivas greves dos funcionários, o que representou, ao final da administração, um total de 301 dias de greve. (RELATÓRIO DE ATIVIDADES, 1989) Essas greves foram causadas por novos e contínuos atrasos salariais devido ao ressarcimento das dívidas encontradas, inclusive salários, e o conseqüente esgotamento das fontes de receitas da Prefeitura em decorrência da condução política adotada pela Prefeita, há pouco mencionada. Tal condução, caracterizada pelo uso continuado da estratégia de confronto, em relação às autoridades constituídas pelo poder público, como Governador, Presidente da República, entre outros, gerou um isolamento gradativo da Prefeitura, agravado ainda mais pela perda da adesão popular, *pari passu* às contradições internas no próprio partido de apoio ao seu governo.

No mês de abril de 1988, último ano da administração, acirraram-se as divergências políticas entre os diferentes grupos internos do Partido, culminando com a expulsão da Prefeita e de dezenove filiados integrantes de seu grupo político, do Partido dos Trabalhadores (JORNAIS: O ESTADO e DIÁRIO DO NORDESTE DE 27/04/88)

Nessa administração, ocorreram três mudanças de secretários de saúde, com intervalos de indefinição dos substitutos, momentos em que os problemas sofreram agravamento. Os secretários desse período foram, em ordem cronológica de ocupação da função:

- Manoel Dias da Fonseca Neto; (janeiro/novembro/86);
- Domingos Leitão Neto; (março/87 - fevereiro/88); e
- Antônio José Silva Lima (fevereiro/88 - janeiro/89).

Para essa administração, somente foi localizado um Plano de Ação para o segundo ano de governo. As propostas para o setor saúde, contidas nesse plano, apresentam-se como programas, assim discriminados:

- a) Assistência à saúde da mulher e da criança; b) Ações primárias de saúde; c) Controle de doenças transmissíveis; d) Manutenção dos serviços de assistência odontológica; e) Manutenção dos serviços de higiene; e f) Manutenção dos serviços de instalações hidrossanitárias e implantação de consultórios médico-odontológicos em escolas municipais.

## A Estrutura Organizacional

A estrutura organizacional da Secretaria de Saúde do Município não passou por nenhuma alteração nesse período administrativo, ainda que a Prefeita tenha encaminhado mensagem à Câmara de Vereadores contendo postulação com esse objetivo. Essa mensagem, de nº 0022, de 25 de novembro de 1988, justificativa tal proposta pela necessidade de adequar a estrutura organizacional à implantação do SUDS. A estrutura organizacional contida na dita mensagem incluía a formalização do Núcleo de Planejamento, Assessoria Jurídica e Fundo Municipal de Saúde. Mantinha o Departamento de Higiene com suas atividades voltadas para a vigilância sanitária, transformava em Departamento o Serviço Especial de Controle de Instalações Hidro-Sanitárias e criava o Departamento de Ações Integradas de Saúde, que incluía a coordenação dos atendimentos médico, de enfermagem, odontológico e fisioterápico. A esse departamento estariam

também subordinados os Serviços de Epidemiologia e Atendimento Laboratorial e de Medicamentos.

## A Política de Saúde

A realização da VIII CNS, em dezembro de 1986, inscreve o Movimento da Reforma Sanitária nas instituições públicas de saúde, desde declarações públicas de apoio do próprio Presidente da República até a designação de profissionais pertencentes ao referido movimento, para ocupação de importantes funções diretivas nas administrações federal, estadual e municipal. Essa conjuntura possibilitou, inicialmente, uma boa articulação entre as Secretarias de Estado e Municipal da Saúde, favorecendo o processo de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde/SUDS em Fortaleza.

Em junho de 1987, foi constituída pela CIMS-Fortaleza e homologada pela CIS/CE uma equipe multiprofissional e interinstitucional para coordenar a implementação dos distritos sanitários, no Município.

Para a realização desse trabalho, foi utilizada a formulação de reorganização dos serviços contida no Plano de Reorientação do Atendimento Ambulatorial do ex-INAMPS, elaborado em 1983. No entanto, ao ser retomada a proposta, foi realizado um trabalho de atualização e aperfeiçoamento dos dados, no qual é apresentada a seguinte situação dos serviços de saúde:

- Inadequada distribuição geográfica a rede de serviços de saúde com excesso de oferta no centro da Cidade e escassez na periferia.
- Distribuição de profissionais especializados em unidades que prestavam apenas atendimento básico de saúde.
- Excesso de oferta de serviços especializados, em determinadas áreas;
- Elevado número de funcionários, com desvio de função.
- Concentração de profissionais em determinadas áreas.

- Inexistência de um sistema de referência para os distritos sanitários apesar da disponibilidade suficiente de profissionais especializados no quadro da Secretaria.
- Existência de rede laboratorial com capacidade para realizar exames básicos necessários em todos os distritos sanitários.
- Excesso de oferta de leitos hospitalares (públicos, filantrópicos e privados), em termos quantitativos, com distribuição irregular, por clínica e área geográfica.
- Elevado número de profissionais lotados em instituições que não dispunham de área física para seu desempenho técnico.
- Existência de elevado número de convênios com entidades filantrópicas.
- Recursos humanos, à excessão em obstetrícia, e capacidade instalada suficientes para o atendimento a toda a população.
- Difícil acesso geográfico para algumas unidades de saúde.

A Equipe de Coordenação do Processo de Distritalização elaborou um plano de trabalho, aprovado pela CIMS-Fortaleza e homologado pela CIS/CE, que apresentava as seguintes estratégias de ação:

- Equipar as unidades de saúde, para garantir o funcionamento pleno da rede existente com eficiência, eficácia e efetividade.
- Mobilizar e integrar as gerências dos serviços de saúde no processo de reorganização do setor.
- Integrar os serviços de forma regionalizada e hierarquizada, obedecendo o critério de complexidade das unidades existentes, para garantir o sistema de referência e contra-referência.
- Mobilizar as associações de bairros, conselhos comunitários de saúde, usuários e profissionais de saúde para difundir a proposta da Reforma Sanitária e fortalecer a participação popular no processo de distritalização e gerenciamento.



- Estabelecer mecanismos de gerência colegiada, por distritos sanitários, com representação paritária das instituições de saúde e da sociedade.
- Implantar o Fundo Municipal de Saúde, garantindo autonomia financeira e maior agilidade na manutenção dos serviços.

Para a viabilização dessas propostas, foram formadas equipes técnicas, interinstitucionais e multiprofissionais, para atuar em cada distrito sanitário.

Em setembro de 1987, foi realizado um Seminário de Sensibilização e Capacitação para essas equipes técnicas com vistas à coordenação da implementação dos distritos sanitários. Esse evento foi seguido da realização de outros, em todos os distritos sanitários, com a participação prioritária dos usuários dos serviços de saúde a fim de informá-los acerca da Reforma Sanitária, tanto quanto incentivá-los e assessorá-los na formação dos Conselhos de Saúde (JORNAIS: DIÁRIO DO NORDESTE DE 13/11/87; TRIBUNA DO CEARÁ DE 14/1/88 E O POVO DE 14/1 E 25/4/88).

A assinatura do termo de adesão da Secretaria Municipal de Saúde ao SUDS não ocorreu facilmente. Nesse período, conforme referido anteriormente, a Prefeitura enfrentava várias crises políticas e financeiras. Os municípios sofriam, todavia, as conseqüências de um regime centralizador político-administrativo e financeiro. A situação financeira da Secretaria, no período em questão, era extremamente delicada e a relação entre a Prefeitura Municipal e o Governo do Estado era extremamente conflitante, dificultando sobremaneira a assinatura do convênio. Contudo, a interveniência de um representante do ex-INAMPS viabilizou esse convênio, mediante a elaboração de um Plano de Aplicação de Recursos para a Secretaria e o Instituto Dr. José Frota, cumprindo-se, dessa forma, as exigências legais para a adesão do Município de Fortaleza ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Essa adesão ocorre em outubro de 1987, seguindo-se longa espera pela liberação dos recursos financeiros pactuados. A esse respeito, assim se manifestou o Secretário Municipal de Saúde do período, “no momento em que os recursos chegaram, eram definidos e repassados pelo Estado, o que tirou o poder de decisão financeira da Secretaria,

então houve uma série de percalços: recursos repassados com atraso, recursos que vieram e não foram repassados...”

Concomitantemente, os servidores da Secretaria e do IJF faziam sucessivas greves motivadas por atraso salarial, e o Secretário de Estado da Saúde admitia a possibilidade de a Prefeitura não se empenhar para resolver a greve do IJF, como uma forma de atingir o governo do Estado, uma vez que esse hospital funcionava, como ainda funciona, como referência de urgência para todo o Ceará. Nesse contexto, o Secretário Municipal faz a seguinte referência: “com certeza não havia nenhum interesse — por uma desconfiança muito grande, injusta e aberrante do governo do Estado, mais especificamente do Secretário de Estado da Saúde, uma desconfiança quanto ao destino que poderia ser dado aquela verba (...) que se desviasse para o contexto político, para utilizar em outros setores da administração.”

Em função desse impasse, foi formada uma comissão com representantes das Secretarias de Saúde do Município e do Estado, para negociar com o Secretário de Estado da Saúde que insistia em determinar os percentuais a serem destinados à Secretaria Municipal e ao IJF. A Secretaria Municipal convocou os sindicatos da área da saúde e a Associação dos Servidores da Secretaria para mantê-los informados da situação bem como sensibilizá-los perante as dificuldades financeiras do Órgão. A esse respeito, MOTA (JORNAL O POVO DE 21/4/89) assim se refere: “No período anterior à última eleição municipal, por uma questão político-partidária, até a autonomia municipal foi esquecida quando o gestor do Sistema de Saúde do Estado pretendia definir os percentuais dos recursos do SUDS entre a Secretaria de Saúde do Município e o Instituto Dr. José Frota” (...) “ao se restabelecer a identidade política entre o Estado e o Município após a última eleição municipal, a CIMS-Fortaleza, instância gestora do SUDS a nível municipal, passa a ser constituída por um grupo em perfeita sintonia política com a CIS/Ce. e a condução do processo passa a apresentar características excludentes e despolitizantes”.

No ano de 1988, os conflitos entre as duas secretarias acirraram-se pelas discordâncias na condução do processo de implantação do SUDS em Fortaleza, e em 4 de julho desse ano, o coordenador da CIS/CE, Secretário de Estado da

Saúde, convoca uma reunião, no auditório da Secretaria de Saúde do Estado, com todas as equipes técnicas dos distritos sanitários e anuncia a decisão de que, a partir dessa data, esse processo passaria a ser coordenado pela Secretaria Técnica (SETEC) da CIS/CE, quando, até então, a SETEC encontrava sem nenhuma participação efetiva no processo. Embora a equipe de coordenação de “distritalização” tenha-se colocado, nesse momento, à disposição de se incorporar ao plano de trabalho da SETEC/CIS, é estabelecida uma duplicidade de comando no Município de Fortaleza. Esses fatos foram determinantes do pedido de demissão dessa equipe, justificado em documento encaminhado ao Coordenador da CIMS-Fortaleza, Secretário Municipal de Saúde, sendo destacada “a evidência clara e a indisposição estratégica da SETEC/CIS em desenvolver um trabalho integrado”.

#### A Entrevista e o Relatório

O primeiro Secretário de Saúde da administração Maria Luiza foi o médico Manoel Dias da Fonseca Neto, indicado para a função com amplo apoio dos servidores da Secretaria, por ser funcionário da Prefeitura e pertencer ao Partido dos Trabalhadores.

Na entrevista concedida para esta pesquisa, declarou ter como objetivo de sua administração, a promoção do desenvolvimento do trabalho integrado em saúde, provocador da ruptura com a tradição do enfoque essencialmente curativo, além da integração com os outros setores da administração municipal, que tivessem interfaces com a saúde. Sua expectativa era transformar a Secretaria em um órgão mais eficiente e eficaz, capaz de proporcionar maior acesso da população aos serviços de saúde. Informou ainda que, naquele momento, a Secretaria de Saúde do Município buscava o planejamento global de suas ações e a autonomia municipal na gestão de recursos financeiros, com repasse desses recursos para o nível local. Em síntese, o Secretário apresentava, como objetivo claro de sua gestão, a viabilização das políticas públicas de saúde no âmbito do Município. Nessa direcionalidade, um conjunto de idéias passou a ser objeto de discussão com o grupo de planejamento da SMS, com vistas a:

- reorganizar a SMS através da implantação de distritos de saúde correspondentes às áreas administrativas da própria Prefeitura, fixando responsabilidades de atenção à saúde, inclusive com atividades extramuros;
- implantar a função gratificada para as coordenações dos postos de saúde;
- assumir a gestão da saúde coletiva, inclusive dando uma contribuição concreta ao controle da dengue, através da mobilização de outros setores da Prefeitura;
- estabelecer indicadores de pré-natal, de atenção à mulher e à criança, de cobertura vacinal, reordenando esses atendimentos;
- oferecer atenção básica à saúde, incluindo a atenção preventiva odontológica;
- racionalizar o uso dos recursos disponíveis;
- articular a atenção básica à saúde oferecida pelos postos de saúde, com o hospital municipal de pronto-socorro/IJF;
- discutir a necessidade de reforçar o papel dos hospitais descentralizados (os "Frotinhas");
- assumir a responsabilidade sobre a saúde coletiva, implementando uma visão intersetorial; e
- elaborar um plano municipal.

A grande prioridade, para sua administração, passou a ser a afirmação da Secretaria como autoridade sanitária, no âmbito municipal, com viabilização das políticas públicas, de acordo com as peculiaridades de Fortaleza.

O segundo Secretário de Saúde foi Domingos Leitão Neto, odontólogo e professor universitário. Na sua entrevista, diz que pretendia, ao assumir a função de Secretário, "trazer saúde para uma cidade carente", bem como desenvolver e expandir a atenção odontológica. Declarou que o entendimento que tinha da Secretaria, bem assim do setor público de uma maneira geral, era de uma máquina governamental administrativa pesada, ineficaz e funcionando com

pessoas não qualificadas. Refere que identificou baixa motivação dos servidores públicos, relacionada aos baixos salários, e afirma que a administração municipal petista tinha “um interesse real, puro, de proporcionar o bem coletivo”. Contudo, havia uma impossibilidade flagrante, em função da escassez de recursos.

Os objetivos de sua gestão foram se delineando ao longo do período, quais sejam, atenção a grupos excluídos, implementação de ações de odontologia preventiva de baixo custo e educação em saúde, com vistas a gerar uma consciência de autocuidado na população. Não havia, necessariamente um plano de gestão anteriormente elaborado, mas, ao longo do processo, por iniciativa própria, ou da equipe técnica da SMS, ou ainda através de sugestões de profissionais que privavam de seu relacionamento, algumas ações foram implantadas ou implementadas. O planejamento não esteve previamente sistematizado, se bem que as práticas de trabalho estiveram sob o marco conceitual da prevenção, por serem esses programas mais eficazes e mais baratos, podendo ser destacadas as seguintes atividades:

- projetos na área de Odontologia, com uso de insumos naturais, de custos mais baixos, para o controle da cárie dental nos alunos da rede municipal de ensino;
- a prevenção aliada à cultura e à educação para a saúde da população, na perspectiva do autocuidado;
- treinamento interno de educação continuada para o servidor;
- ações de controle de restaurantes e casas de pastos da cidade, em convênio com os DECOM's estadual e municipal;
- amplo uso das Mídia — sem custos para a SMS —, com vistas à popularização dos temas de saúde;
- trabalho conjunto com a limpeza urbana;
- implantação da municipalização;
- estabelecimento de um prêmio simbólico de produtividade, para os melhores servidores;

- implantação de vários programas, tais como: combate ao *Aedis aegyptis*, em parceria com a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), atendimento às prostitutas; atendimento aos idosos; atendimento à saúde da mulher e da criança, entre outros;
- realização do I Seminário de Saneamento Básico da Cidade de Fortaleza, com a participação espontânea de toda a comunidade interessada no assunto;
- implantação de periódico com informações pertinentes ao Órgão; e
- preparação da estrutura da Secretaria para a implantação do SUS.

Enfatiza claramente o Secretário de então que a sua prioridade foi à área de Odontologia preventiva e a atenção a grupos excluídos da população, normalmente fora do foco de atenção dos serviços de saúde.

O terceiro Secretário dessa administração foi o médico Antônio José Silva Lima que afirmou sua intenção, como Secretário Municipal de Saúde, de contribuir efetivamente para a consolidação da distritalização do Sistema Municipal de Saúde, cujo processo de implantação começara na gestão anterior. No seu entendimento, assumir a função de Secretário foi um desafio, na perspectiva de conhecer e atuar dentro de um espaço, de um terreno novo. É sua a declaração de que os objetivos administrativos não estavam claramente delineados, afirmando ainda que, nas reuniões do secretariado, discutia-se *o quê fazer, a forma de fazer, a ideologia do processo de trabalho*, contudo sem recomendações fechadas, inclusive politicamente. Não ocorreu um delineamento prévio de um plano a ser executado durante a gestão. A sua consciência administrativa e o seu posicionamento político dentro da Secretaria foram sendo configurados a partir dos contatos cotidianos com os profissionais dessa Instituição.

Nesse sentido, houve um empenho institucional para a realização de projetos mais imediatos, sem grandes alcances ideológicos ou de maior repercussão, o que gerou atritos com o núcleo de poder da Prefeitura. Na verdade, ainda que não houvesse sido formalmente declarado, o IJF era

prioritário, em detrimento da rede municipal, em razão de sua importância no atendimento de emergência para todo o Estado.

Há clareza de que, no período, não se conseguiu avançar muito no *quê-fazer* institucional, na implantação da reforma que foi pretendida. A luta pela sobrevivência financeira, pelo “pão com café do cotidiano”, era muito acirrada, reduzindo, assim, todo o debate político a uma questão de “meros trocados” para o pagamento do funcionalismo, para manter o funcionamento mínimo dos postos de periferia.

Sem dúvida, segundo esse Secretário, o grande ganho na gestão foi o exercício da probidade administrativa, não somente na área de saúde, mas na Prefeitura como um todo. Contudo, a prioridade estava direcionada para conseguir recursos financeiros, gerenciar democraticamente e lidar com as restrições impostas pelas sucessivas greves.

O relatório da gestão administrativa desse período apresenta destaque para as realizações relativas a reformas e reaparelhamento de unidades de saúde; implantação do Centro de Controle de Zoonose; e implantação dos serviços de prevenção de câncer ginecológico nos centros de saúde e prevenção de cárie dentária na rede escolar do Município.

A conjuntura política nessa gestão não permitiu que houvesse a mínima harmonia necessária, entre os vários escalões de Governo, capaz de imprimir uma linha administrativa definida, identificável.

Aconteciam sucessivas greves motivadas por atraso salarial e isso significou que, em determinado período, a Secretaria somente produziu 32% do atendimento programado para os centros de saúde.

A continuidade da implementação do SUDS, em face da conjuntura político-institucional daquele momento histórico, no âmbito das relações Estado-Município, acrescida das dificuldades políticas e operacionais da Prefeitura de Fortaleza, é dificultada enormemente, apesar das condições técnicas detidas pelas equipes de trabalho engajadas nesse objetivo.

## PERÍODO 1989/1993: A MUNICIPALIZAÇÃO dos serviços de saúde.

### O Contexto Político

Nesse período, Fortaleza foi administrada por dois prefeitos. O primeiro foi Ciro Ferreira Gomes (janeiro 1989/março de 1990) e o segundo, Juraci Magalhães (março 1990/janeiro 1993), vice-prefeito que assumiu em função da renúncia do titular, para candidatar-se a governador do Estado.

Existia uma grande insatisfação do povo frente à gestão anterior, haja vista que Fortaleza apresentava grandes problemas, dentre os quais se destacavam o acúmulo de lixo na Cidade e a grande deterioração da malha viária. O Prefeito recém-eleito promete recuperar a cidade de Fortaleza nos primeiros 100 (cem) dias da administração. A primeira Secretária Municipal de Saúde, nomeada pelo novo prefeito, foi Anamaria Cavalcante e Silva, médica pediatra, e o segundo, na administração Juraci Magalhães, foi Abner Cavalcante Brasil, médico sanitário.

No início do governo Ciro, foi feito um diagnóstico dos serviços de saúde, assim descritos em relatório:

- superlotação de pessoal no nível central da Secretaria, em detrimento da rede de atendimento;
- atraso salarial de três meses, mais 13<sup>o</sup> (décimo-terceiro) salário;
- Rede de atendimento em extrema deficiência;
- carência de equipamentos médicos, odontológicos e de enfermagem;
- organograma obsoleto e existência de órgãos informais, com chefia remunerada;
- deficiente suprimento de medicamentos e material de enfermagem;
- manutenção financeira precária com recursos exclusivos do Fundo Municipal de Saúde através de verbas do SUDS, em face da inexistência de dotação real do Tesouro Municipal;



- médicos e dentistas em número reduzido para a capacidade instalada; e
- grande capacidade ociosa da rede assistencial.

A respeito dessa situação, a Secretária Municipal de Saúde assim se referiu: “Nós encontramos as unidades muito depredadas; a maioria delas não tinha condição nenhuma de trabalho; havia uns casos ótimos — que eu tenho que ressaltar — e tinha uns casos péssimos; em média eram situações muito precárias”. Apesar das dificuldades financeiras da Prefeitura, o apoio do Governo do Estado, através da Secretaria de Estado da Saúde, possibilitou a infraestrutura necessária na fase inicial de diagnóstico, conforme informação da Secretária.

Nessa mesma ocasião, foi realizado concurso público para contratação de médicos nas especialidades de clínica médica, gineco-obstetrícia e pediatria. A seleção dos profissionais foi seguida de treinamento teórico-prático para atendimento à saúde da mulher, da criança e do adulto, nesse caso especificamente para o programa de diabetes e hipertensão. O atendimento nas unidades de saúde, que contavam com os profissionais recém-contratados, passou a funcionar em três turnos, com atendimento contínuo das 8 às 21h00.

No Plano Municipal de Saúde, para o ano de 1989, a implantação do Sistema Único de Saúde no Município de Fortaleza é destacada como objetivo, além da implementação da promoção, proteção e recuperação da saúde da população do Município, do fortalecimento e expansão das ações de saúde do setor público municipal, buscando assegurar a participação da sociedade na formulação e controle das políticas dos serviços sanitários, bem assim implantar e ou implementar ações específicas de promoção e proteção à saúde a serem desenvolvidas em toda a rede de saúde.

O Plano de Saúde para o ano de 1990 definia os seguintes objetivos: ampliar e reformar os centros de saúde, especificando como discriminava todas as ações de saúde a serem implementadas e/ou implantadas nos serviços de saúde.

Para o período 1991/93, o Plano Municipal de Saúde apresentava como prioridade as seguintes ações: municipalização dos serviços de saúde; expansão da cobertura do atendimento; modernização dos serviços de vigilância sanitária; e realização de campanhas médicas.

## **A Estrutura Organizacional**

Em relação à estrutura organizacional da Secretaria, a Secretária Municipal que assumiu o cargo no começo dessa administração assim se referiu: “havia um organograma muito antigo (...) muito pobre, isso significava uma grande dificuldade, tinha uma chefia de odontologia e uma chefia médica e depois passava por uma chefia de enfermagem, de farmácia...”

Em 1989, através do decreto de nº 8.029, de 31 de julho, a Secretaria Municipal de Saúde é reestruturada, passando a funcionar com os seguintes Departamentos:

- a) Departamento de Ações de Saúde;
- b) Departamento de Vigilância Sanitária;
- c) Departamento Administrativo-Financeiro; e
- d) Divisão de Distritos Sanitários ( Anexo 4).

Essa reestruturação resultou em alterações significativas. Foram criadas a Assessoria de Planejamento, a Assessoria Jurídica e a Chefia de Gabinete. As ações de assistência médica e odontológica, antes sob diferentes coordenações, passam agora à coordenação única do Departamento de Ações de Saúde, ordenadas em unidades verticalizadas de atenção à mulher; à criança; ao adulto e ao idoso, além da atenção odontológica.

As atividades relativas a engenharia sanitária foram transferidas para o Instituto de Planejamento do Município/IPLAN e o Departamento de Vigilância à Saúde, recém-criado, passa a coordenar as ações de vigilância sanitária do antigo Departamento de Higiene. No aspecto administrativo, são criados os

Serviços de Controle de Convênios e Fundo Especial de Saúde e de Contas Hospitalares e de Postos de Saúde.

O Decreto Municipal de nº 8.576, de 2 de outubro de 1990, criou os distritos sanitários, agora em número de nove, legalmente estabelecidos como regionais de saúde, inseridas na estrutura administrativa da Prefeitura, correspondendo às microrregiões administrativas. Nesse mesmo ano, com a promulgação da Lei Orgânica do Município, a proposta de “distritalização” incorporou-se ao capítulo “Saúde”.

Em 1991, o Decreto de nº 8.446, de 23 de janeiro, reorganiza novamente a estrutura da Secretaria de Saúde do Município, adequando a estrutura organizacional ao preconizado pela Constituição Federal, Constituição Estadual e outras leis específicas do setor saúde. Nessa nova estrutura, são criados o Departamento de Vigilância à Saúde, incorporando as ações dos Departamentos de Ações de Saúde e Vigilância Sanitária e o Departamento de Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde. Os distritos sanitários passam a integrar a estrutura administrativa da Secretaria, coordenando os centros de saúde e hospitais distritais (“Gonzaguinhas” e “Frotinhas”) das suas áreas de abrangência e com estruturas definidas ao mesmo nível organizacional. Essa estrutura contempla os conselhos locais, distritais e municipal de saúde como órgão de deliberação coletiva (Anexo 5)

Em 24 de julho do mesmo ano, o decreto municipal de nº 8.565 reestrutura novamente a Secretaria Municipal de Saúde, conformando novo desenho organizacional. O Departamento de Vigilância à Saúde é novamente desmembrado em Departamento de Vigilância à Saúde e Assistência à Saúde e este incorpora as atividades do Departamento de Controle e Avaliação (Anexo 6).

No ano de 1992 foi implantado, na Secretaria Municipal de Saúde, o Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Domiciliar, o SOS-Fortaleza, funcionando inicialmente como uma comissão designada através de Portaria, passando, posteriormente, a constituir um serviço, através de decreto, sendo incorporado à estrutura organizacional da Secretaria.

## **A Política de Saúde**

Nessa administração, é retomada a proposta da “distritalização” dos serviços de saúde, com a indicação dos gerentes dos distritos sanitários e redefinição das equipes técnicas de assessoramento.

Em novembro de 1989, é assinado termo de adesão do Município de Fortaleza ao processo de municipalização dos serviços de saúde, concretizando, via transferência da gestão para o Município de Fortaleza, das unidades assistenciais da Secretaria de Saúde do Estado e FUSEC, com exceção daquelas de referência regional ou estadual, o que significou 17 (dezessete) centros de saúde e cinco hospitais a mais, sob gestão municipal.

A partir de janeiro de 1991, com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), desencadeou-se um programa de consultoria, tendo como plano-piloto o Distrito Sanitário V, iniciando-se oficinas de territorialização e de sistema de informação, o que possibilitou o reconhecimento do território, o levantamento e sistematização de informações e a introdução de inovações na organização de alguns serviços, “paralelamente à incorporação e remanejamento de pessoal, decorrentes da reforma administrativa” (RELATÓRIO SMALP/1994), que se processava naquele momento. Essa reforma implicou a redução do número de funcionários que trabalhavam no nível central da Secretaria e na compactação de várias estruturas anteriores, “na busca de mais flexibilidade e rapidez administrativa” (RELATÓRIO SMALP/1994). Tal reformulação não contemplou uma estrutura administrativa responsável pelo processo de “distritalização”, o que passou a ser responsabilidade direta do Gabinete do Secretário, com o apoio dos Departamentos de Vigilância Sanitária e Assistência Médica, em relação aos conteúdos técnicos.

A partir de março de 1992, a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza passa a assumir toda a rede ambulatorial pública e privada, implantando o Sistema de Informações Ambulatoriais, SIA/SUS, ficando sob a responsabilidade do Estado apenas as unidades consideradas de referência estadual.

O Secretário de Saúde da gestão Juraci Magalhães fez as seguintes referências a essa questão: “Nós fomos o primeiro governo municipal a assinar o convênio da municipalização dos serviços de saúde no Brasil (...), o primeiro

município que teve a disposição, a coragem de ter uma decisão política de passar da intenção, da lei, das normas para a prática. Quando assumimos, realmente a Secretaria de Saúde ainda era uma instituição que eu diria doméstica, artesanal, sem estrutura organizacional para enfrentar uma responsabilidade desse porte”. Mesmo sendo criada nesse período, a estrutura organizacional formal dos distritos sanitários, na perspectiva da descentralização administrativa, reconhece esse Secretário que a descentralização, na prática “é muito difícil de ser feita, porque é fácil desconcentrar as atividades (...) para a periferia (...), mas descentralizar, em um sentido de levar o poder de decisão do nível central para o nível regional, e do nível regional para o nível local, isso é muito difícil, por várias razões (...), a começar pela vaidade pessoal, pela perda do poder (...) isso realmente é difícil”. Relativamente à descentralização orçamentária e financeira, foi feita a seguinte referência: “Não adianta você fazer a Reforma Administrativa se, orçamentária e financeiramente, não havia isso, e isso foi realmente um trabalho muito grande, e que eu não tenho a ilusão de dizer que implantei”. Fazendo referências às dificuldades de sua administração, esse Secretário destaca o fato de assumir algumas responsabilidades sem nenhuma experiência para tal, aqui exemplificada pela responsabilidade de assumir o controle e avaliação do sistema, sem nenhuma tradição para tanto, uma vez que esse papel, tradicionalmente, foi exercido pelo ex-INAMPS. Trabalhar com órgãos comunitários, organizações comunitárias e conselhos de saúde foi outra dificuldade expressada, considerando os tênues limites de poder que devem ser estabelecidos nessa parceria, de maneira que considera ainda os seguintes questionamentos: deve ter paridade de representação? Deve ser deliberativo ou apenas consultivo? O que é transparência administrativa? Como isso se reflete na instituição?

### **A Entrevista e o Relatório**

A primeira Secretária dessa administração, Anamaria Cavalcante e Silva, declara que seu maior objetivo, ao participar do Governo, visava à contribuição ativa para o processo de mudanças, proposto pelo prefeito recém-eleito, de pôr termo à política dos coronéis. Refere que não conhecia a situação da Secretaria Municipal de Saúde, sabendo superficialmente das condições da rede hospitalar,

onde habitualmente residia seu foco de atenção. O pouco conhecimento de saúde pública que detinha, estava restrito a algumas noções de prevenção, na área da criança, apreendidas através de leituras de documentos do UNICEF e OPAS. O seu objetivo, claramente delineado, era ter sucesso, realizar fatos concretos, verificáveis.

A Secretária em referência afirma que, ao assumir, não tinha um plano gestor elaborado, tampouco se aproximou do grupo de planejamento da SSMF, optando por dar prioridade à criança e decidindo-se pela elaboração de um diagnóstico. No processo de trabalho, passou a conhecer a SSMF. Começou pela rede de unidades de saúde, visitando as 35 (trinta e cinco), entre patrimoniais e conveniadas. O diagnóstico contemplava o estudo das condições físicas, equipamentos, clientela e equipes de trabalho. Enquanto o estudo era desenvolvido, já modificações eram realizadas, dentro do que foi denominado de “fazejamento”, o que significava colocar os postos em funcionamento, nem que fosse dando um mínimo de condições, considerando o compromisso eleitoral do Prefeito de mudar Fortaleza, nos primeiros 100 dias de governo. A Secretaria de Estado da Saúde deu total apoio a esse trabalho, configurado pelas seguintes ações:

- reordenamento das chefias dos centros de saúde que funcionavam dentro dos centros sociais urbanos, vinculados administrativamente à Fundação do Serviço Social, habitualmente dirigidos por profissionais de Ciências Humanas, que não valorizavam devidamente o trabalho dos Centros de Saúde, em função da grande demanda por assistencialismo exercida pela população usuária. Nesse sentido, foi um trabalho conflitante;
- modificação do sistema organizacional e implantação de gratificações, formalmente instituídas;
- redistribuição de pessoal do nível central da SMS para as unidades de saúde, considerando a proximidade dos serviços aos locais de moradia dos servidores;

- transferência da responsabilidade de deferimento do “habite-se” para a Secretaria de Obras e, posteriormente, para o IPLAM, através de projeto aprovado pela Câmara dos Vereadores;
- criação do Serviço de Engenharia, que passou a realizar todas as obras, tendo em vista a SMS não dispor de recursos para licitações de projetos de engenharia. Inicialmente foram construídas as salas para a promoção das ações básicas de saúde da criança (Viva Criança); as salas da Terapia de Reidratação Oral (TRO); readequação das salas de atendimento do Programa de Infecção Respiratória Aguda (IRA), com aproveitamento das fisioterapeutas que saíram do nível central e assumiram a reabilitação respiratória das crianças, além do mais, da estimulação das desnutridas com potencialidade de serem retardadas fisicamente (Viva Criança Especial); reforma de um salão para ser utilizado como um “equipamento social da comunidade”, para reuniões com as representações comunitárias e outros eventos das unidades, bem como para uso exclusivo das lideranças comunitárias, desde que não houvesse envolvimento político-partidário propriamente dito. Tudo isso configurava uma planta-padrão: as salas de TRO e IRA; o salão e a sala de vacinação que já existiam, assim como dois consultórios, de clínica e de pediatria. Incluiu-se a construção do consultório da mulher;
- realização, *a posteriori*, de concurso público para preenchimento do quadro de lotação das dezessete unidades reformadas, incluindo:

*três pediatras, três clínicos e três ginecologistas, com vistas ao atendimento em três turnos e a uma substituição completa da equipe médica remanescente. Após a aprovação, todos os contratados receberam treinamento teórico e prático, voltado para os programas de saúde pública;*

- implantação vertical dos programas de atenção à criança, à mulher e ao adulto;
- reordenamento das equipes de trabalho dos oito Distritos Sanitários, implantados no Município de Fortaleza, em razão do fato de serem

muito heterogêneas, tanto em número quanto em qualidade de profissionais;

- municipalização dos serviços de saúde do Estado que estavam localizados na cidade de Fortaleza, inclusive toda a rede de hospitais denominados “Gonzaguinhas”;
- implantação dos centros de nutrição, em parceria com a comunidade, nos bairros mais pobres da periferia; e
- reformulação do processo gerencial.

A Secretária ouvida informa que sua prioridade administrativa foi o atendimento à mulher e à criança. Outro depoimento significativo por parte da Secretária foi ter aumentado seus conhecimentos sobre políticas públicas de saúde, ao longo do processo, através do convívio com as equipes de trabalho das Secretarias Municipal e de Estado da Saúde, tanto quanto com lideranças comunitárias, bem assim através de leituras especializadas, passando a dominar os temas relacionados à saúde pública.

O segundo secretário do período, Abner Cavalcante Brasil, apresentava, como objetivo de sua administração, consolidar, de fato e de direito, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em Fortaleza, considerando os vários intentos anteriores. Dessa forma, pretendia caracterizar, em dois anos de administração, o Sistema Municipal de Saúde, considerando que as administrações anteriores haviam trabalhado apenas alguns aspectos dessa implantação. Afirma que a essa época havia intenções para implantação do SUS. O Governo do Estado estava bem intencionado e se propunha descentralizar as suas atividades, municipalizar os seus serviços; por sua vez, o Governo municipal havia também assinado um termo de intenções com os Governos federal e estadual. Esse contexto configurava fidedignamente as intenções das três esferas de governo, o que significou um avanço em relação ao tempo anterior; contudo, nada se materializara até então.

Para esse Secretário, a Secretaria de Saúde do Município caracterizava-se como uma instituição doméstica, artesanal, sem estrutura organizacional para enfrentar uma responsabilidade desse porte, totalmente centralizada, com o poder



concentrado unicamente nas mãos do Secretário. Os distritos sanitários apenas existiam como intenções, mas não se afirmaram como órgãos fundamentais na descentralização das ações de saúde. Destaca que Fortaleza foi o primeiro Governo municipal, no País, a assinar o convênio da municipalização dos serviços de saúde, no Ministério da Saúde, por ter havido a decisão política de passar das intenções para a prática, o que configurou um importante avanço para a SMS.

A SMS preparou-se organizacionalmente para assumir as novas responsabilidades, modificando sua estrutura e caracterizando a integralização das ações, de acordo com o perfil epidemiológico. Dessa forma, destaca:

- criação dos distritos sanitários, sob o ponto de vista legal, através de ato do Prefeito, regionalizando a Cidade e estabelecendo os limites geográficos dos distritos com aqueles das regiões administrativas da Prefeitura;
- implantação paulatina da descentralização administrativa, incluindo o aspecto orçamentário-financeiro, dada a sua complexidade;
- treinamento de recursos humanos, considerando também o contexto filosófico-humanístico, buscando formar um profissional de saúde diferente, com novas especialidades, tais como administração e planejamento;
- estabelecimento do planejamento participativo, correlacionando execução, controle e avaliação, com o envolvimento da comunidade;
- implementação da assistência odontológica; e
- estabelecimento de integração interinstitucional em saúde, com vistas à correção da superposição de ações e pulverização de recursos.

Desse período, somente foi localizado o relatório de desempenho do primeiro ano da administração. No documento, há uma análise da situação encontrada pela administração que “determinava a necessidade de retomar a prática de planejamento como forma de gestão racional e controle administrativo-financeiro da coisa pública”. Apontava a municipalização dos serviços de saúde como o “grande objetivo a ser perseguido, no sentido de tornar a saúde um direito

do cidadão, de forma igualitária e universal”. Nesse documento são destacadas as realizações: assinatura do convênio entre os Governos federal, estadual e municipal, para a municipalização de dezessete postos de saúde e cinco hospitais regionais; ampliação e recuperação de instalações físicas de unidades de saúde; e aquisição de ambulâncias e equipamentos médico-hospitalares.

## PERÍODO 1993/94: o controle social

### O Contexto Político

Esse período corresponde aos dois primeiros anos da gestão do Prefeito Antônio Elbano Cambraia, eleito com o apoio do Prefeito Juraci Vieira Magalhães. O Secretário de Saúde do Município foi o médico Raimundo Coelho Bezerra de Farias.

O então Prefeito apresentou um Plano Plurianual (1994/97), resultante de seminários e encontros realizados no ano de 1992, com a perspectiva de seu desdobramento em planos operativos anuais, a partir de 1994. As ações a serem desencadeadas pelo sistema de saúde deveriam contemplar uma rede de saúde regionalizada e hierarquizada, de acordo com os dispositivos legais previstos na Lei Orgânica Municipal e em concordância com os princípios orientadores da Reforma Sanitária.

O plano foi orientado pelas políticas a seguir enunciadas:

- garantia do atendimento primário de saúde pelas unidades básicas;
- acesso aos serviços de maior complexidade, através do estabelecimento de uma rede de serviços de saúde hierarquizada e integrada, configurada pelos sistemas locais de saúde (SILOS);
- participação da comunidade e das associações e representações dos profissionais de saúde, estimulada pela revitalização dos conselhos locais, distritais e municipal de saúde, assegurando a participação da comunidade no planejamento, na gestão e no controle social do sistema;

- integração das ações de saúde com as de educação, esporte, saneamento e ação social, de modo a promover uma abordagem sistêmica dos investimentos sociais;
- articulação e integração com os Governos federal e estadual, no âmbito do planejamento e execução de programas; e
- desenvolvimento da fiscalização sanitária, com base no enfoque epidemiológico, de modo a concentrar a atenção nos produtos, serviços e fatores ambientais com maior potencial de risco à saúde.

O desenho do plano detalhou 59 (cinquenta e nove) projetos, incluídos em 12(doze) programas: de Educação e Assistência Sanitária; de Qualidade dos Serviços de Saúde; de Redução da Mortalidade Infantil; de Saúde Oral; de Saúde Mental; SOS Fortaleza; de Assistência à Mulher; de Consolidação dos Distritos Sanitários; de Organização da Rede de Serviços de Saúde; de Integração Universidade-Serviço; de Cooperação e Partilhamento de Custos; e de Vigilância e Acompanhamento Sanitário.

Para o ano de 1994, e como pré-requisito para a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza assumir a condição da gestão semi-plena, o que significava assumir o gerenciamento de todo o Sistema Municipal de Saúde, foi elaborado o Plano Municipal de Saúde. Esse Plano apresenta os programas e projetos contemplados no Plano Plurianual da Prefeitura, na conformidade das diretrizes abaixo:

- acesso universal e igualitário ao Sistema de Saúde;
- assistência integral à população, compreendendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- implementação da organização dos serviços de saúde, com base nos distritos sanitários, reorientando suas ações a partir do perfil epidemiológico de suas áreas de abrangência;
- implantação do sistema de informação em saúde para subsidiar o planejamento e conseqüente tomada de decisões;

- articulação e integração com os Governos federal e estadual, no âmbito do planejamento e execução de programas;
- integração das ações de saúde com as de educação, esporte, saneamento e ação social, de modo a promover uma abordagem sistêmica dos investimentos sociais;
- aprimoramento do processo gestor do SUS, propiciando a efetiva participação da comunidade no planejamento, na gestão e no controle social do sistema;
- reorganização da estrutura técnico-administrativa da Secretaria Municipal de Saúde, capacitando-a para o efetivo gerenciamento do Sistema Único de Saúde, no plano municipal;
- desenvolvimento de fiscalização sanitária, com base no enfoque epidemiológico, de modo a concentrar atenção nos produtos, serviços e fatores ambientais, com maior potencial de risco à saúde;
- implementação do sistema de acompanhamento e avaliação da assistência prestada; e
- implantação de um plano de carreiras, cargos e salários para o Sistema Único de Saúde/SUS, visando ao aperfeiçoamento, qualificação profissional e formação de servidores para melhorar a resolubilidade dos serviços prestados.

## A Estrutura Organizacional

A Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza, nesse período, não passou por alterações em sua estrutura organizacional, em relação àquela definida pelo decreto no. 8.585, de 24 de julho de 1991.

## A Política de Saúde

Em janeiro de 1993, tendo como base o trabalho desenvolvido no Distrito Sanitário V, no ano de 1991, com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) e do Projeto Saúde, Meio Ambiente e Luta Contra a Pobreza (SMALP), ganhou impulso à implementação da descentralização das ações de saúde para os distritos sanitários. Adota-se a coordenação única, embora informal, articulada com os diversos departamentos e com a Assessoria de Planejamento, na condução dos trabalhos de desenvolvimento dos distritos sanitários, quando são definidas as seguintes linhas de ação:

- priorização do desenvolvimento gerencial;
- fortalecimento dos mecanismos de participação popular; e
- treinamento de técnicos e comunidade para o enfrentamento das enfermidades diarreicas e da cólera, frente à epidemia dessa patologia, que nessa ocasião estendeu-se por todo o Estado do Ceará.

A Secretaria Municipal de Saúde, em 1992, assumiu a gerência de toda a assistência ambulatorial pública, constituindo um Sistema Municipal de Saúde formado por 9 (nove) Hospitais, 1 (um) centro de zoonoses, 59 (cinquenta e nove) centros de saúde e 20 (vinte) centros integrados de educação e saúde.

No ano de 1993, ao ser dada prioridade ao desenvolvimento gerencial, a Secretaria, em parceria com Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), através do Projeto de Desenvolvimento Gerencial das Unidades Básicas de Saúde (GERUS) e do apoio do Projeto SMALP, inicia o processo de capacitação de gerentes das unidades de saúde junto ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/Universidade Federal do Ceará, o que resultou na capacitação de 92% das coordenadoras dessas unidades, além de todas as gerentes dos distritos sanitários. O desenvolvimento gerencial representou para a Secretaria, tendo em vista a baixa qualificação dos servidores, nessa área do conhecimento, um

grande entrave ao desenvolvimento do processo de trabalho; esse fato foi confirmado por todos os secretários de saúde do período analisado.

As parcerias com a OPS e o SMALP contribuíram para a realização de oficinas de trabalho e seminários, visando à implementação da descentralização das ações de saúde, com destaque para a realização de oficinas de territorialização em todos os distritos sanitários, o que possibilitou o conhecimento da realidade sócio-econômica e sanitária da população da área de abrangência de cada distrito sanitário, resultando na readequação dos serviços de saúde às necessidades de cada área.

No que se refere ao fortalecimento dos mecanismos de participação popular, o Secretário de Saúde à época assim se manifestou: “A primeira coisa que fizemos, ao assumir a Secretaria, já que um dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde é o controle social, foi reativar o Conselho Municipal de Saúde; com esta reativação, houve a necessidade de avançarmos em todos os Distritos Sanitários (...), estimulando a formação dos Conselhos Locais de Saúde, Conselhos também paritários, instalados na periferia (...), e que permeabilizavam todas as informações, todas as ações, para que atingissem os Distritos Sanitários e, no final, a própria Secretaria como Órgão Central”.

O Conselho Municipal de Saúde foi criado em 5 dezembro de 1990, através do Decreto de nº 8.417, atendendo aos requisitos exigidos para a celebração do convênio entre os Governos federal e municipal, com vistas à municipalização dos serviços de saúde.

O documento *“Retrospectiva das atividades do período 1993-1994”*, do Conselho Municipal de Saúde, contém a seguinte análise: “A partir de março de 1993, iniciou-se o processo de reestruturação do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza, tomando-se por base os instrumentos legais existentes e as deliberações da IX Conferência Nacional de Saúde”. Naquele momento, a situação do Conselho caracterizava-se pela desmobilização dos conselheiros, apresentando reduzida freqüência às reuniões, inexistência de regimento e distorção da composição no tocante à paridade.

A reestruturação e implementação desses conselhos deram-se mediante a realização de seminários, oficinas de trabalho e reuniões plenárias, com a participação de profissionais de saúde e usuários do sistema.

É importante ressaltar que a preocupação com a formação e funcionamento dos conselhos de saúde foi também assinalada por outros secretários, quer relacionando-a com a dificuldade de sua implantação, quer relacionando-a com a frustração de não terem conseguido a sua operacionalização.

### A Entrevista e o Relatório

Informa o Secretário Municipal de Saúde do período os objetivos da sua gestão, voltados para implementar, positivamente, o Sistema Único de Saúde (SUS), no Município de Fortaleza. Esses objetivos estavam sustentados na certeza de que o instrumento SUS iria ocupar, por muito tempo, uma posição que é imprescindível para “um país de disparidades, um país de classes sociais que tem, como referencial, a posição financeira, um país em que o direito de cidadania começa a ser exercitado na área de saúde, mas que não é reconhecido, ainda, pela grande maioria da população”. Os problemas de saúde de Fortaleza, que requeriam o cumprimento dos objetivos fixados, não eram concretamente de seu conhecimento, exceto pela compreensão das condições de saúde das populações desassistidas, segundo declarou.

Os principais problemas identificados na sua gestão foram:

- precariedade no processo gerencial;
- controle social desativado;
- vigilância à saúde, compreendendo as vigilâncias sanitária e epidemiológica, insatisfatórias;
- prevenção de doenças imunopreveníveis aquém das necessidades de controle;

- assistência à saúde, precária, principalmente, pelo absenteísmo de profissionais e conseqüente baixa utilização da capacidade instalada;
- sistema de referência e contra-referência sem funcionamento; e
- interferência político-partidária no processo decisório, entre outros.

Refere ainda esse Secretário que os macro-objetivos de sua gestão foram imprimir, na realidade, os grandes compromissos sociais inscritos no ideário do SUS. Informa, ainda, que não houve um pré-desenho de plano gestor; no entanto, foi reconhecido que a SSMF tinha um grupo de profissionais de alto nível, que também vivenciaram as Conferências de Saúde, bem como o processo da Reforma Sanitária, grupo esse que foi incorporado à sua equipe, delineando, sob sua coordenação, os seguintes projetos de ação:

- reativação do controle social, posto ser um dos princípios do SUS. Esse trabalho foi desenvolvido nos nove distritos sanitários, sendo regularizados os conselhos distritais de saúde; além de estimulada a criação dos conselhos locais de saúde, paritários e instalados nas periferias. O fluxo de informações iniciava-se nos conselhos locais, sustentava o processo decisório dos distritais, subsidiando as decisões do nível central da SMS;
- implementação da vigilância à saúde, inicialmente em razão da epidemia de cólera, com a colaboração dos conselhos locais, o que permitia o conhecimento simultâneo da realidade dos dados de 80 (oitenta) a 90 (noventa) localidades diferentes;
- reformulação e implementação do sistema de vacinação e seu controle, em virtude da ocorrência de casos de tétano neo-natal. Esse trabalho teve como base o levantamento de dados feitos pelos agentes comunitários;
- projeto de conscientização de profissionais de saúde e população;



- reordenamento da assistência curativa, instando os médicos ao cumprimento de suas responsabilidades profissionais, estabelecimento do fluxo de atendimento por complexidade da atenção requerida, reciclagem de pessoal, rodízio de chefias, considerando ser prioridade possibilitar o acesso da população aos serviços; e
- implementação da descentralização dos serviços de saúde, com engajamento de vários segmentos da sociedade, em especial aqueles usuários das regiões mais pobres da Cidade.

O Relatório do período de janeiro 1993 a março de 1994 destaca o fortalecimento dos distritos sanitários, como base organizacional e operativa do SUS, e estratégica para a organização dos serviços de saúde. As prioridades de ação desse período constituíram-se de:

- realização de oficinas de territorialização em todos os distritos sanitários, buscando o conhecimento da realidade socioeconômica e sanitária da população de suas áreas de abrangência, as quais subsidiaram a reorganização dos serviços de saúde na perspectiva da vigilância à saúde;
- implementação do controle de doenças imunopreveníveis, através de inquérito domiciliar e vacinação casa a casa;
- ações de controle das doenças diarréicas e da cólera;
- assistência ao desnutrido e à gestante de risco nutricional;
- melhoria da rede física, através de reforma e ampliação de centros de saúde e hospitais;
- reestruturação e reformulação dos conselhos de saúde; e
- informatização dos serviços de saúde.

O Relatório de desempenho da Secretaria Municipal de Saúde no período janeiro de 1993 / março de 1994 apresenta um sistema de saúde

organizado em nove distritos sanitários, com uma rede de serviços, integrante do Sistema Único de Saúde, assim constituída:

- hospitais: dez municipais, sete estaduais, três federais e trinta e oito da rede privada, complementar;
- ambulatórios: oitenta e duas unidades;
- laboratórios: dezenove da rede ambulatorial e hospitais distritais e cento e seis unidades do setor privado, complementar.

A força de trabalho dos serviços públicos municipais e municipalizados estava constituída por um contingente de 1.246 médicos, 117 odontólogos, 355 enfermeiros, 115 farmacêuticos, 135 profissionais de outras categorias de nível superior e 2.947 servidores de nível médio e elementar.

Os avanços organizativos, funcionais, administrativos, conseguidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, até o ano de 1993, credenciaram-na para assumir a condição da gestão semi-plena, a partir de janeiro de 1994. Nessa condição, assumiria a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços, no que se refere a planejamento, cadastro, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares públicos e privados. Assumiria também o gerenciamento de toda a rede pública existente no Município, exceto das unidades hospitalares de referência estadual, faltando tão-somente a decisão política da Prefeitura para sua viabilização.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os serviços públicos municipais de saúde, em Fortaleza, foram legalmente criados no ano de 1936, como duas unidades distintas: um Departamento de Higiene, que desenvolvia atividades voltadas para o saneamento e higiene do meio ambiente, e um Serviço de Pronto Socorro, que se transformou, bem posteriormente, no Instituto Dr. José Frota, hoje grande hospital de urgência e emergência, de referência terciária, para todo o Estado.

Esse Departamento de Higiene permaneceu como órgão oficial de saúde pública por 12 (doze) anos, quando, em 1948, foi transformado em Secretaria Municipal de Saúde e Assistência, assumindo as atribuições da assistência médica ambulatorial e hospitalar, no Município.

A Secretaria, mesmo legalmente criada em 1948, com uma estrutura organizacional administrativa, somente ganha uma área física própria na década de 1950.

O período compreendido entre 1964 e 1983 denota um crescimento da Secretaria em termos de estrutura física, quadro de pessoal e de atribuições, embora com uma estrutura organizacional defasada em mais de 20 (vinte) anos, acrescida informalmente de vários serviços. Mesmo assim, as condições técnicas, organizacionais e de infra-estrutura desenvolvidas no período permitiam-lhe assumir um papel importante no sistema municipal de saúde.

Nesse estudo, o período compreendido entre a criação dessa Instituição até o ano de 1983 permitiu a recuperação cronológica de dados e informações coletados, possibilitando contextualizar as transformações ocorridas no período posterior.

Entretanto, pode-se observar, a partir dos dados coletados, que essa evolução reflete as políticas públicas de saúde do período, caracterizadas como centralizadas ao plano nacional e voltadas para as campanhas de saúde pública. Ressalte-se que estas prescindiam dos serviços municipais de saúde que, por sua vez, se ressentiam da falta de recursos financeiros para seu funcionamento, embora com alguma infra-estrutura já instalada.

Em relação ao período 1983/1994, alguns aspectos importantes podem ser destacados. Observamos que, nesse espaço de tempo, os planos de ação de governo constituíram ritos para cumprir a função burocrática de planejamento orçamentário. Essa afirmação tem por base a constatação de que, para os doze anos da pesquisa, apenas não foi localizado plano para os anos de 1986 e 1990. Mesmo assim, nenhum secretário referiu a existência desses planos como orientadores para suas administrações.

Os relatórios de atividades também são ritos e não resistem a uma análise mais consistente. Em todos, os destaques são para as obras construídas, ampliadas, reformadas e equipadas, mesmo que não dispusessem, em algumas ocasiões, de pessoal necessário ao seu funcionamento. A produção de serviços é apresentada em números absolutos, sem uma avaliação de seu significado, nem do impacto na saúde da população.

Observamos que a prioridade administrativa foi dada pelos secretários, que prescindiram de planos previamente elaborados para a sua administração. Eles definiam informalmente os seus objetivos e prioridades, os quais foram atingidos, parcial ou totalmente, ao final de suas gestões. Em geral, as informações dadas pelos secretários sobre suas prioridades e objetivos na gestão estavam ratificadas nos relatórios de atividades.

A Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza foi incluída na agenda das políticas de saúde pública, a partir de 1984, embora, nesse momento, como instrumento racionalizador das despesas do INAMPS, com sua assistência aos previdenciários. A assinatura do termo de adesão ao Programa das AIS significou a formalização dessa inclusão.

A gestão colegiada, via CIMS, estratégia inicial para implantação de um processo gestor colegiado, fez-se então de forma centralizada e segmentada. O maior poder de decisão era do representante do INAMPS, detentor da maior parcela de recursos. Mesmo assim, essa instância de governo constituiu um espaço de discussão, aceitação e implementação das propostas do *movimento sanitário*. A incorporação posterior de representantes de outros segmentos da sociedade, nesse colegiado, favoreceu o fortalecimento do controle social do sistema, refletido, como mostra nesse estudo, na estruturação dos conselhos de saúde.

A prioridade definida em cada gestão e não avaliada ou mesmo conhecida pelo gestor seguinte, permite que experiências positivas para a instituição sofram solução de continuidade e impossibilitem a acumulação de conhecimentos, fundamentais para transformações mais profundas e necessárias ao bom desempenho do órgão.

A falta de planejamento e a escassez de recursos financeiros foram substituídas, em algumas ocasiões, por improvisações criativas. Para exemplificar, no período 1986/1989, frente à grave restrição financeira da Prefeitura, foi implantado um Projeto de Odontologia Sanitária na rede municipal de ensino, para controle da cárie dental. Esse projeto utilizava insumos naturais de baixo custo e equipamentos odontológicos simplificados e adaptados que permitiam atendimento simultâneo a vários alunos.

A administração municipal esteve submetida a diferentes partidos políticos: PSD, PT e PMDB. Contudo, a continuidade ou descontinuidade do processo de operacionalização das políticas de saúde parece responder a determinações mais distantes que orientações partidárias. O fato é que, mesmo assim, o Município passou a ser o *locus* da mudança do modelo assistencial em saúde, segundo as diretrizes da Reforma Sanitária, assumindo, gradativamente, responsabilidades de maior complexidade, chegando ao final do período em estudo, credenciado para assumir as funções estabelecidas para o SUS.

O desconhecimento das políticas de saúde, pelos secretários, não foi fator impeditivo para a implantação dessas políticas. A maioria dos secretários admitiu não deter o conhecimento dessas políticas ao assumir a função e, mesmo assim, não ocorreu descontinuidade do processo em função desse fato. Todos esses admitiram que, na função de secretário, adquiriram esse conhecimento, por esforço próprio, através dos técnicos da Instituição e também na convivência com as organizações sociais envolvidas no processo.

O período 1983/1986 é caracterizado pelo reconhecimento formal da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza como órgão importante no sistema municipal de saúde, embora ainda débil para desempenhar a função de gestor desse sistema.

O relatório ratifica os avanços organizacionais-administrativos explicitados como grande objetivo do Secretário e, destacados pela criação, embora informal, da função de coordenador dos centros de saúde, até então inexistente; implantação de supervisão sistemática nas unidades de saúde e de suportes administrativos de infra-estrutura para enfrentamento dos problemas detectados. Nesse período, ocorreu maior organização no Departamento de

Higiene, com a implantação do Serviço de Educação e Fiscalização Sanitária. Esse Serviço atendia as reclamações da população e subsidiou o reordenamento dessa fiscalização. Foram ainda normalizados todos os procedimentos administrativos referentes a vigilância sanitária.

No período de 1986/1989, apesar das dificuldades políticas, administrativas e financeiras dessa gestão, ocorreram avanços pela institucionalização e democratização da proposta da Reforma Sanitária. A organização dos serviços de saúde, em base territorial, é implantada informalmente, muito embora tenha constituído a base de conhecimento para a sua implantação oficial.

O período 1989/1993 configurou a fase de maior avanço na municipalização dos serviços de saúde.

A Secretaria de Saúde do Município foi reestruturada organizacionalmente para sua adequação às novas atribuições, frente ao processo de municipalização dos serviços de saúde. Nesse período, essa Secretaria assumiu a gerência de 17 (dezesete) centros de saúde estadual e 5 (cinco) hospitais, passando, a gestor municipal de toda a rede de atendimento ambulatorial pública.

Ocorreram ainda transformações significativas na organização de seus serviços, como realização de concurso para contratação de clínicos, pediatras e ginecologistas para suprir as carências existentes. Essa contratação se fez mediante a realização de treinamento teórico-prático dos profissionais aprovados, visando a atualizar seus conhecimentos em saúde pública. Os 17 (dezesetes) centros de saúde que receberam esses profissionais passaram a funcionar em três turnos ininterruptos, ampliando, dessa maneira, as possibilidades de atendimento à população. Nesse contexto, ocorreu adequação da área física dos centros de saúde, para implantação dos Programas de Terapia da Reidratação Oral, (TRO) Infecção Respiratória Aguda (IRA) e para atendimento fisioterápico para reabilitação respiratória e estimulação das crianças desnutridas.

A implantação formal de funções gratificadas para as coordenações dos centros de saúde também configurou um avanço, nesse período. Até então essas

funções eram remuneradas, informalmente, com recursos oriundos do Convênio SUDS.

No período de 1993/1994, o Secretário Municipal de Saúde, importante ator político como deputado federal constituinte no processo de elaboração, sistematização, aprovação legislativa e divulgação das políticas públicas de saúde, apresentou como objetivo de sua gestão a implementação do SUS.

Dessa forma, a reestruturação e fortalecimento dos conselhos de saúde ganharam prioridade em nome de um dos princípios básicos dessa implementação. De fato, nesse período, foi reativada a implantação dos conselhos municipal, distritais e locais de saúde, o que implicou o fortalecimento dos mecanismos de participação popular, na gestão do sistema de saúde.

O desenvolvimento gerencial também constituiu avanço, quando, nesse período, foram capacitados para a função gerencial 92% dos coordenadores das unidades básicas de saúde e todos os gerentes dos distritos sanitários.

Outro aspecto importante a ser destacado, nesse período, foi a reorganização dos serviços de saúde. Essa reorganização foi precedida da realização de oficinas de territorialização, em todos os distritos sanitários, o que possibilitou o conhecimento da realidade socioeconômica das suas áreas de abrangência e reorganização dos serviços de saúde com base no perfil epidemiológico.

Ao final desse período, a Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza estava apta a assumir a responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados, bem assim em condições de gerenciar toda a rede hospitalar pública do Município, à exceção dos hospitais de referência estadual.

Infere-se, ainda dessa análise que, de um forma ou de outra, todos os gestores municipais de saúde ofereceram o legado de suas experiências, adquiridas antes ou durante o processo comandado, com vistas a tornar a Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza um instrumento eficiente na prestação de serviços de saúde.

## 5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAGÃO, Raimundo Batista. *História do Ceará*. 2ª edição. Imprensa Oficial do Ceará. Fortaleza. 1985.
- BRAGA, José Carlos de Souza/PAULA, Sérgio Góes de. *Saúde e previdência. Estudos de política social*. 2ª edição. HUCITEC. São Paulo. 1980.
- BARBOSA, José Policarpo. *História da Saúde Pública do Ceará: da colônia a Vargas*. Edições UFC. Fortaleza. 1994.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. Ed. HUCITEC. São Paulo. 1992.
- CORDEIRO, Hésio. *Sistema único de saúde*. Ayuri Editorial/Abrasco. Rio de Janeiro. 1991.
- COSTA, Nilson do Rosário. *Lutas urbanas e controle sanitário. Origens das políticas de saúde no Brasil*. Editora Vozes/Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 1985.
- Diretrizes de Ação Municipal. Administração Juraci Vieira de Magalhães. 1991/92. Fortaleza Avança. Administração Popular. s/d
- GARCIA, Juan C. *Estado e políticas de saúde na América Latina*. In: *Textos de apoio. Ciências Sociais 2*. Abrasco. Rio de Janeiro. 1984.
- GERSCHMAN, Sílvia. *A democracia inconclusa. Um estudo da pesquisa sanitária brasileira*. Ed. FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 1995.
- GIRÃO & outro, Raimundo. *O Ceará*. Ed. Fortaleza. 2ª edição. Fortaleza. 1945.
- GIRÃO, Raimundo/FILHO, Antônio Martins. *O Ceará*. In: *A medicina no Ceará*. Ed. Fortaleza. Fortaleza. s/d.
- HAGUETTI, Teresa Maria Frota. *Metodologias quantitativas na Sociologia*. 3ª edição. Ed. Vozes. Petrópolis. 1992.
- LIMA, Sheyla Maria Lemos. *RAP*. Rio de Janeiro. Out/dez de 1994.



- LUZ, Madel Therezinha. *A saúde e as instituições médicas no Brasil*. In: *Saúde e medicina no Brasil. Contribuição para um debate*. Ed. Graal Ltda. São Paulo. 1978.
- \_\_\_\_\_. "Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de 'Transição democrática' — Anos 80". *PHYSIS — Revista de Saúde Coletiva* 1. Vol. 1. 1991.
- MATUS, Carlos. *Adios Señor Presidente gobernantes gobernados*. Fondo Editorial Aladin. 1994.
- MENDES, Eugenio Vilaça. *Distrito sanitário. O processo social de mudanças das práticas sanitárias do sistema clínico de saúde*. HUCITEC/Abrasco. São Paulo/Rio de Janeiro. 1993.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 4ª edição, HUCITEC/Abrasco. São Paulo/Rio de Janeiro. 1996.
- OLIVEIRA, Jaime A. de Oliveira/TEIXEIRA, Sônia M. Fleury. *60 anos de história da Previdência no Brasil*. Editora Vozes/Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 1985.
- PAIM, Jairnilson Silva. *A reforma sanitária e os modelos assistenciais*. In: *Epidemiologia e saúde*. M. Zélia Roquayrol. 4ª edição. Rio de Janeiro. 1993.
- PAGANINI, J. M. *El Desarrollo Municipal*, 1995. Mimeo.
- RODRIGUES, Bichat de Almeida. *Fundamento de administração sanitária*. 2ª edição. Brasília. 1979.
- SAMPAIO, Pedro. *A Medicina no Ceará*. In: *O Ceará*. Editora Fortaleza. 1939.
- Ação de Governo*. Administração Popular. 1987.
- Ação de Governo*. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Administração Ciro Ferreira Gomes. 1º ano.
- Ação de Governo*. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Administração.
- Algumas Considerações Sobre as Tendências no PT*. SILVA E POMAR, mímeo, s/d.
- Diretrizes de Ação Municipal*. Administração Juraci Vieira de Magalhães. 1991/92.

*Fortaleza Avança.* Administração Popular. s/d.

FORTALEZA. Câmara Municipal. Lei Municipal no. 47, de 9 de dezembro de 1938.

\_\_\_\_. Lei Municipal no. 47 de 9 de dezembro de 1936

\_\_\_\_. Lei Municipal no. 26 de 30 de junho de 1948

\_\_\_\_. Lei Municipal no. 1.556 de 13 de julho de 1960

\_\_\_\_. Decreto Municipal no. 2.475 de 25 de junho de 1964

\_\_\_\_. Decreto Municipal no. 8.029 de 31 de julho de 1989

\_\_\_\_. Decreto Municipal no. 8.446 de 23 de janeiro de 1991

\_\_\_\_. Decreto Municipal no. 8.565 de 24 de julho de 1991.

*Mensagem à Câmara Municipal.* Prefeitura Municipal de Fortaleza. Administração  
Ciro Ferreira Gomes. Janeiro de 1990.

*Mensagem à Câmara Municipal.* Prefeitura Municipal de Fortaleza. Administração  
Juraci Vieira de Magalhães. Janeiro de 1991.

*Mensagem à Câmara Municipal.* Prefeitura Municipal de Fortaleza. Administração  
Juraci Vieira de Magalhães. Janeiro de 1992.

*Plano de Ação Municipal.* PRÓ-URBI. Administração César Cals Neto. 1983/86.

*Plano de Ação Plurianual: 1993/97.* Prefeitura Municipal de Fortaleza.  
Administração Antônio Elbano Cambraia.

*Plano Municipal de Saúde.* Prefeitura Municipal de Fortaleza. 1989.

*Plano Municipal de Saúde.* Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria de Saúde  
do Município. Janeiro de 1994.

*Regulamento da Secretaria de Saúde do Município.* Ref. ao Decreto nº 8.565, de  
24/07/91.

*Relatório de Atividades.* Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria de Saúde do  
Município. Março de 1979 a Março de 1983.

*Relatório de Atividades.* Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria de Saúde do  
Município. Abril de 1983 a Dezembro de 1985.

*Relatório de Atividades.* Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria de Saúde do Município. Plano Geral de Ações 1990.

*Relatório de Gestão.* Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria de Saúde do Município. Janeiro de 1993 a Março de 1994.

*Reorientação da Assistência no Âmbito da Previdência Social.* Ministério da Previdência e Assistência Social/MPAS. 3ª edição. Brasília. 1983.

*Retrospectiva das Atividades no Período 1993/94.* Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria de Saúde de Fortaleza. Conselho Municipal de Saúde.